

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

NÁSILÍ NA SENIORECH Z POHLEDU
ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autorka práce: **Hana Horelová**

Vedoucí práce: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2010

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**VIOLENCE TOWARDS THE ELDERLY
REGARDED BY MEDICAL WORKERS**

BACHELOR'S THESIS

Author: **Hana Horelová**

Supervisor: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2010

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce „Násilí na seniorech z pohledu zdravotnických pracovníků“ je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Ostravě

.....

(Podpis)

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala za cenné rady a připomínky při vedení mé závěrečné práce prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc.

OBSAH

OBSAH.....	5
ÚVOD.....	6
CÍL TEORETICKÉ ČÁSTI	9
1. SENIOR	10
1.1 Stáří definice.....	10
1.2 Stárnutí populace.....	12
1.3 Senior a rodina	15
1.4 Profesionální péče o seniory	19
2. SENIOR A TÝRÁNÍ.....	22
2.1 Násilí na seniorech	24
2.2 Týrání a zneužívání seniorů.....	25
2.3 Oběť senior.....	28
2.4 Právní aspekty problému	29
2.5 Socio-demografické informace a statistiky	31
3. SENIOR A ZDRAVOTNÍK.....	34
3.1 Reakce zdravotníků	35
3.2 Pomůcka pro lékaře a sestry v případě podezření na týrání seniora.....	35
3.3 Diagnostika týrání.....	36
3.4 Mezinárodní klasifikace nemocí	40
3.5 Možnosti řešení	41
3.6 Kam se senior může obrátit o pomoc	43
3.7 Dokumenty k zajištění ochrany seniorů	45
4. EMPIRICKÁ ČÁST	48
4.1 Metodika a zkoumaný soubor	49
4.2 Vyhodnocení.....	50
4.3 Diskuze.....	85
ZÁVĚR.....	93
ANOTACE.....	96
LITERATURA A PRAMENY	98
SEZNAMY.....	102
Seznam zkratk.....	102
Seznam tabulek a grafů.....	103
Seznam příloh.....	106

ÚVOD

V naší společnosti se tématu stáří stále nevěnuje náležitá pozornost. Tato skutečnost má pravděpodobně vliv na sníženou citlivost naší společnosti vůči špatnému nakládání se starými osobami. Senioři jako oběť týrání jsou stále na okraji zájmu veřejnosti. Tento problém se stává stále víc aktuální jak v Evropě, tak i v České republice. Kulturní hodnoty, tradice a výchova ovlivňují hodnoty v rodině. Ta utváří postoje jednotlivých členů. Vzájemná vazba poskytuje jistotu a možnost opory. Určuje kdy a za jakých okolností rodina začne hledat pomoc ve svém okolí. Dobře fungující rodina je zárukou pomoci psychické, fyzické a hmotné v případě nesoběstačnosti starého člověka.

Ochrana lidských práv seniorů je uvedena v Evropské chartě pacientů seniorů, v Chartě práv a svobod starších občanů a v Evropské chartě pacientů postižených demencí. Dodržování těchto práv je všeobecnou normou. V souvislosti se seniorem se v literatuře setkáváme s pojmem „fragilty“ křehký. Pod tímto označením se ukrývá celá řada involučních změn a zhoršení fyziologických funkcí. V důsledku věku dochází ke zhoršení mobility a rozvoji polymorbidity.

Ptejme se, proč právě senior je obětí násilí? Násilí na seniorech nejprve začíná nenápadně zlobou, ztrátou úcty a respektu. Pokračuje zanedbáváním, ekonomickým zneužíváním. Mnohdy směřuje k otevřenému násilí. Násilím je míněn samostatný či opakovaný akt, nebo nedostatek přiměřené aktivity vyskytující se tam, kde je s důvěrou očekávána, což způsobuje bezpráví, poškození, zranění, bolest či strach starších lidí.

Problematicke EAN (elder abuse and neglect) se v zahraničí věnuje pozornost od počátku 70. let 20. století. V ČR se touto otázkou začali odborníci zabývat asi o 20 let později.

Podle stávajících poznatků se dá usuzovat, že společnost stále nedostatečně vnímá závažnost nevhodného jednání se seniory a nejsou vytvořeny účinné monitorovací mechanismy. Rozpoznat a diagnostikovat týrání a zanedbání je velmi citlivý problém. Poškozený se stydí za svoji situaci, za chování agresora a nevěří, že se situace zlepší. Velmi se obává pomsty a zhoršení už tak svízelné situace. Oběť je často závislá na pachateli, má k němu velmi silný citový vztah. Tento problém je i pro vyšetřující policisty, právníky, zdravotníky a sociální pracovníky málo aktuální. Povědomí o tom, jak postupovat v případech násilí na seniorech se v budoucnu bude stále více rozšiřovat.

Po osobní zkušenosti s týraným seniorem pro mě tato záležitost začala být velice aktuální. Proto při výběru tématu k zpracování bakalářské práce jsem si zvolila právě tento celospolečenský problém.

Tato práce se zaměřuje na problematiku násilí na seniorech. Práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou. V úvodu teoretické části popisuji cíle, kterými se v průběhu své práce budu zabývat.

První kapitolu jsem věnovala stáří. Definuji zde toto věkové období. Popisuji biologické, psychologické a sociální změny, které s sebou přináší. Z dostupných zdrojů je patrné, že v naší populaci v nadcházejících desetiletích je očekáván nárůst seniorů především ve věku 80 a více let. Je odhadováno, že počty seniorů v zemích EU do roku 2050 vzrostou z 18 milionů na skoro 50 milionů.

V první podkapitole 1.1 se věnuji definici stáří jednotlivce. To je doprovázeno změnami ekonomickými, sociálně zdravotními, sociologickými a osobními. Podrobněji je přiblížím v podkapitole stárnutí populace 1.2.

V podkapitole 1.3 se věnuji tomu, jak je pro seniora důležitá rodina. S přibývajícím věkem si všichni stále víc uvědomují oporu, kterou nalézají v kruhu svých blízkých. Zázemí představuje pro seniora jistotu a pomáhá rozvíjet aktivity ve stáří. Ve vyšším věku je dobře fungující rodina zárukou pomoci psychické, fyzické a hmotné v případě nesoběstačnosti.

Část 1.4 je věnována profesionální péči o seniory. Uvádím zde možnosti pomoci v péči o starého člověka. Alternativy péče a možnosti pobytových zařízení pro seniory. Hlavním úkolem všech, kteří pracují se seniory je zajistit jim co nejdéle samostatný život v domácím prostředí.

Druhá kapitola bakalářské práce má název senior a týrání. V úvodu jsem vysvětlila základní pojmy, které souvisí s tímto tématem. Také zde uvádím předsudky, které ovlivňují naše jednání vůči starým lidem.

V podkapitole 2.1 interpretuji postoje WHO (Světová zdravotnická organizace) a přední světové organizace INPEA (International network for the prevention of Elder abuse Projekt). Ta se zabývá otázkou týraných seniorů. Jejím hlavním posláním je respektovat rozličnosti kultury a životního stylu světové populace. Zvyšovat společenskou odpovědnost a schopnost rozpoznávat utrpení starších lidí. Snaží se docílit toho, aby závěr životů seniorů byl poklidný. Neobjevilo se týrání, zneužívání a zanedbávání.

Týrání starých osob může mít mnoho podob a forem. Od ponižování, odmítání pomoci až po fyzické násilí, sexuální zneužívání, vyhrožování a vydírání. V podkapitole 2.2 popisují možné typy týrání a navazují podkapitolou 2.3. Zde rozebírám, proč právě senior se stává obětí.

2.4 je věnována právním aspektům tohoto problému. Uvádím zde, jak zákon rozlišuje a postihuje tyto činy.

Podkapitola 2.5 popisuje některé z již proběhlých statistik a měření EAN (Elder Abuse and Neglect).

Ve třetí kapitole teoretické práce se zaměřuji na seniora pacienta. Člověka, který vyžaduje zvýšenou péči, delší dobu hospitalizace a nákladnou léčbu vzhledem k multimorbiditě stáří. Poukazuji také na postoje lékařů a sester ke starým lidem 3.1.

Stále platí, že zdravotní sestra nejčastěji přijde do kontaktu s týraným seniorem. Pro včasné zjištění týrání a účinnou pomoc mají zdravotní sestry k dispozici brožuru vypracovanou Ministerstvem zdravotnictví. Jak správně klást otázky a čeho si všímat při prvním kontaktu se seniorem uvádím v podkapitole 3.3 a navazují podkapitolou 3.4. správnou diagnostikou týrání. V podkapitole 3.4 vypisují zařazení diagnóz týkajících se násilí do klasifikace nemocí

Do podkapitoly 3.5 jsem zařadila možná řešení násilí na seniorech. Odborníci na tuto problematiku uvádějí, že je nejdůležitější přerušit kontakt s agresorem. Pomoc a podporu většinou vyžaduje i přetížená stresovaná rodina.

Senior se může obrátit s žádostí o pomoc na některou z institucí uvedených v podkapitole 3.6. Jeho práva a zájmy jsou podloženy státními a mezinárodními úmluvami a zákony. Jen malou část z nich uvádím v bodu 7 této třetí kapitoly.

Praktická část bakalářské práce je zaměřená na zdravotníky-zdravotní sestry, ošetřovatelky a sanitářky. Tito pracovníci přicházejí do kontaktu se starými lidmi nejčastěji. Dotazníkovým šetřením jsem chtěla zjistit míru informovanosti zdravotníků o tomto problému. Dále jsem zjišťovala, zda vědí na koho se mají obrátit v případě podezření na týrání seniora. Zajímalo mě také jejich názor na to, jestli víra, finanční zázemí a vzdělání pečujícího nějakým způsobem ovlivňuje péči o seniora.

CÍL TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části práce je:

- Charakterizovat seniora a změny, které se váží k tomuto životnímu období
- Definovat základní pojmy související s týraným seniorem
- Popsat formy týrání seniorů
- Poukázat na možnosti, které nabízí česká legislativa v případech násilí
- Nastítnit možnosti pomoci obětem násilí
- Zmapovat možnosti a postupy zdravotníků v případech násilí na seniorech

1. SENIOR

První část bakalářské práce se zabývá stářím, jeho definicí, gerontologickým a demografickým pohledem na stáří. Změnami, které stáří přináší ať ve smyslu pozitivním či negativním. Dále se zaměřuje na stárnutí populace jako celku a dopady, které s sebou přináší. Mnohdy je to samota, sociální izolace, úmrtí partnera, rodinné konflikty. Jedním z nejzávažnějších problémů stáří je snížená soběstačnost, neschopnost vést i nadále plnohodnotný život. K zvládání těchto životních útrap by měla být starému člověku nápomocná rodina. Bydlení seniorů, funkcí rodiny a možnostem komunitní péče jsou věnovány poslední body této kapitoly.

1.1 Stáří definice

Stáří (senium) je označení pozdní fáze ontogeneze a přirozeného průběhu života. Jedná se o výsledek změn funkčních i morfologických. Tyto změny probíhají s odlišnou rychlostí a jsou výrazně individuální. Na charakteru stáří se podílí řada faktorů, např. životní prostředí, styl života, zdraví jedince, sociální a ekonomické zabezpečení, psychická odolnost jedince a jeho schopnost přizpůsobení. V důsledku těchto okolností je velmi těžké stanovit hranici stáří.

Stáří - životní etapa ke které všichni směřujeme. Období v časovém horizontu definované věkem nad 60 let. Stáří jako takové můžeme dále dělit na rané stáří: 60 - 74 let, pokročilý věk: 75 - 89 let a dlouhověkost: 90 a více let. Gerontologové pokládají za začátek stáří věk 75 let. Demografy je pojmem starý člověk označen takový, který v pravém slova smyslu ještě starý není. Stáří je výsledný stav stárnutí, tedy působení času na lidskou bytost. V tomto životním období dochází k mnoha významným změnám biologickým, psychologickým a sociálním. Některé vlastnosti a dovednosti se působením času nemění, někdy se dokonce upevní či zdokonalí. Jiné se postupně zpomalí a utlumí.

Biologické aspekty

Dochází ke změně vzhledu kůže, ta se svrašťuje, vysušuje, ztrácí elasticitu, objevují se pigmentové skvrny, vlasy a chlupy ubývají. Ochabuje svalstvo, snižuje se schopnost rychlé reakce. Kostní hmoty ubývá, stává se křehčí a snadno zranitelná. Snižuje se kapacita plic, dýchací soustava se rychleji unaví, produkce hormonů se mění, přetváří se imunitní systém. Dále dochází k degenerativním změnám kloubů, kardiopulmonálním změnám. Změně trávicího systému, vylučování a změně sexuální aktivity. Stárí s sebou přináší i mnoho nemocí a multimorbiditu. Některé choroby přecházejí do stádia chronických onemocnění. Léčba s sebou někdy přináší řešení, která jsou nezvratná a mění vzhled pacienta. Jedním z mnoha příkladů je léčba u nádorového onemocnění tlustého střeva. V případě nemožnosti napojení střeva na konečník je nutno vyšíť stomii. Pacienti s tímto hendikepem založili sdružení RADIM. Pořádají výlety, besedy, týdenní rekreační pobyty. Žijí svůj život dál naplno.

Psychologické aspekty

Struktura osobnosti se v průběhu stárnutí nemění. Kvalita psychiky je ovlivněná osobností člověka. Dochází ke zhoršení paměti, obtížnému osvojování nového, rozvoji demence. Zvyšování nedůvěřivosti, egocentrizmu, emoční lability, zhoršení úsudku. Projevuje se objektivně depresí nebo úzkostí. Senioři začínají být více podezřívaví. Může dojít ke změně sebeúcty v důsledku zdravotních změn. Starší lidé si neradi přiznávají tyto změny jako problém. Změny přicházejí postupně, neuvědomují si je.

Vyšší věk ale neznamená jen negativa pro osobnost. Senioři jsou díky svým zkušenostem a životnímu nadhledu daleko víc tolerantní ke svému okolí a rodině. Nesnaží se všem dokazovat své ambice, nespěchají. Mají čas na vnoučata, koníčky a záliby. Stále víc je mezi seniory populární studium třetího věku

Sociální aspekty

Odchod do penze, změna životního režimu a tempa. Ztráta blízkých lidí, partnera, přátel, osamělost a finanční obtíže. Někdy stěhování. Bolest, změna náplně života, uspořádání času a aktivit někdy omezí společenský život a izoluje seniory. Ti se uzavírají před světem a začínají být závislí na blízké či pečující osobě. Vyčlenění ze společnosti a nedostatek akcí pro seniory je spojován se zvýšeným rizikem úmrtnosti.

Pro mnohé však odchod do důchodu neznamena automaticky odchod ze zaměstnání a z aktivního života. Mnozí senioři jsou nadále zaměstnaní. Kolegy jsou ceněni pro své zkušenosti a vědomosti. Někteří přecházejí na jiné pracovní pozice, nebo se věnují svému koníčku, kterému se nemohli tak intenzivně věnovat při zaměstnání. Velká skupina seniorů cestuje za hranice vlastní země. Věnují se sportu. Mnoho z nich především svůj volný čas věnuje rodině, vnoučatům.

1.2 Stárnutí populace

Stárnutí populace na našem území není plynulé. Odráží vliv životních událostí v průběhu 20. století. Útrapy obou světových válek a hospodářská krize ovlivňuje počet obyvatel nejen u nás. Podle měření Českého statistického úřadu vyplývá, že mezi jednotlivými generacemi jsou rozsáhlé výkyvy v počtu obyvatel. V šedesátých letech dvacátého století dochází k intenzivnímu stárnutí a už v sedmdesátých letech dochází ke zvýšení porodnosti. V osmdesátých letech dochází ke snížení počtu lidí, kteří přežívají věk 65 let. Od devadesátých let dochází ke zpomalení stárnutí populace a zvyšuje se počet osob přezívajících věk 65 let. Porodnost v devadesátých letech klesá. Nastává období, kdy počet lidí v produktivním věku je nahrazován nižším počtem narozených v následujících letech. Z těchto výsledků vyplývá, že se bude zvětšovat skupina osob v produktivním a poproduktivním věku. Změní se ekonomické zatížení státu [www.czso.cz].

Stáří jako další životní etapa.

Každý člověk prožívá život individuálně. Velice důležitá je genetická výbava jedince a životní zkušenost. Fyziologické změny a nároky stáří se odlišují od běžných potřeb dospělé populace. Odchod do důchodu je ustanoven od roku 1881, kdy proběhla reforma sociální zprávy. Tu navrhl a prosadil Pruský kancléř Otto von Bismarck [www.wikipedia.org].

Důchodový věk je stanoven na 65 let. Tohoto věku se ale lidé mnohdy nedožili. Až v průběhu 20. století se populace dožívá svého odchodu do důchodu. V tomto věku vnímáme tyto lidi jako seniory.

Demografické stáří znamená počet osob vyššího věku v populaci. Je to pojem odlišný od pojmu biologické stáří. Vztahy mezi těmi to pojmy jsou velmi složité. Každý člověk stárne individuálně. Tento proces závisí na sociálních faktorech, které podstatně ovlivňují stupeň demografického stárnutí.

Důsledky tohoto vývoje můžeme rozdělit:

Ekonomické důsledky

- Vyšší tvorba hrubého domácího produktu při relativně nižším podílu ekonomicky aktivního obyvatelstva
- Zvyšování výdajů sociálního zabezpečení (důchody, sociální podpora a pomoc, sociální péči)
- Zvyšování výdajů na zdravotní péči

Zvyšování počtu starých lidí v populaci přináší i změny v demoekonomické situaci. Index stáří vycházející z poměru počtu obyvatelstva vyššího poproduktivního věku k počtu osob v předproduktivním věku a index celkové závislosti vyjadřuje poměr počtu závislých osob na osobách ekonomicky výdělečných.

K velmi závažným ekonomickým problémům v souvislosti se stárnutím obyvatelstva patří zajištění dostatečných finančních prostředků na důchody a správná volba důchodového zabezpečení. V časovém období dvaceti let (1975 - 1995) se zvýšil počet starobních důchodů o 29%. Takto vyplácené důchodové zabezpečení tvoří největší část sociálních nákladů (Postavení a diskriminace, 2006).

Sociálně zdravotní důsledky

Přibývajícím věku s sebou přináší i sociálně zdravotní důsledky, které vznikají:

- Z vyšší nemocnosti starších a starých lidí
- Ze zvýšené potřeby zdravotní a sociální péče
- Ze zvýšené spotřeby zdravotní a sociální péče

Typické pro toto období je prevalence chronických chorob a vzrůstá počet seniorů s multimorbiditou. Vyšší věk přináší i sklon k chronicitě onemocnění a komplikacím těchto nemocí. K závažným důsledkům nemocnosti se řadí snížení soběstačnosti seniora. Tato skutečnost pak vede k závislosti na pomoci druhé osoby, nutnosti péče v instituci. Odhaduje se, že až 5% obyvatelstva vyššího věku potřebuje ústavní zdravotní nebo sociální péči s dlouhodobým umístěním. Všechny uvedené důsledky snižují kvalitu života.

Alternativou řešení této situace je zvýšení počtu zdravotní a sociální péče v ambulantní formě. Převažuje zde ošetrovatelská péče která je zastoupená agenturami domácí péče. Další možnosti péče jsou léčebny pro dlouhodobě nemocné, hospice. Případně kombinovaná zařízení, které nabízejí denní pobyty a stacionáře.

Sociologické a sociálně psychologické důsledky

Vzhledem k změnám ve výchově a chování obyvatelstva je potřeba podpořit výchovu k úctě ke starším lidem v rodině a ve škole. Je potřeba motivovat mladé lidi k pomoci a obětavosti k seniorům. Dále pak v průběhu stárnutí vychovávat populaci ke správnému přístupu ke stáří. Změně potřeb, požadavků a respektování názorů. Tyto potřeby posílí příznivé politické prostředí a podpora ve správně nastavené legislativě. Mezigenerační solidarita a správně fungující rodina je pro seniora oporou.

Osobní důsledky stárnutí

Zdravotní změny často znamenají i změny ve snížení a ztrátě soběstačnosti, které vedou k nedokonalému zajištění potřeb běžného dne v péči o sebe a domácnost. Se stářím a

s odchodem do důchodu souvisí i snížení finančních prostředků potřebných k zajištění potřeb životní úrovně. Dále přináší změnu životních stereotypů, ustálení nového denního režimu, někdy potřebu najít novou náplň dne. Hrozí psychologické problémy, které zvyšují rizikové situace jako samota, sociální izolace, úmrtí partnera, rodinné konflikty. Za jeden z nejzávažnějších problémů je označena snížená soběstačnost. Neschopnost seniora fyzicky, psychicky a sociálně vést nadále plnohodnotný život.

1.3 Senior a rodina

Rodina je v poslední době tvořena třemi častěji pak čtyřmi generacemi. Mezigenerační role jsou důležité pro podporu a pomoc seniorům. Zázemí rodiny představuje pro seniora velkou jistotu a rozvíjí aktivity ve stáří. Ve vyšším věku je dobře fungující rodina zárukou pomoci psychické, fyzické a hmotné v případě nesoběstačnosti starého člověka. Délka života seniorů se prodlužuje a zkvalitňuje. Mnohdy jsou to oni, kteří podporují své okolí. Naopak v případě pomoci a poskytnutí péče seniorům hraje rodina klíčovou úlohu a nemůže být úplně nahrazena institucemi. Role rodiny nemusí spočívat jen v poskytování péče, ale také v zajištění potřebné pomoci a podpory. Důležitá je možnost, motivace a vůle rodiny pomoc nabídnout a poskytnout. Péče poskytnutá rodinou ji do jisté míry zatíží. Kvalitní péče nesmí znevýhodnit rodinu, snížit životní úroveň a zvýšit riziko chudoby.

Klasický model rodiny, který byl viděn nejčastěji na vesnicích, kdy v jednom domě žily tři generace a děti se staraly o rodiče dnes už není tak častý. Pozdější odchod do důchodu, vyšší věková hranice, které se dožívají senioři vede ke zvýšené potřebě využití profesionální péče. Dnes daleko častěji je žádána dostupnost agentur domácí péče, středisek pečovatelské služby, domovinky a charitativní sdružení. Pomoc druhé osoby potřebuje asi 60% seniorů. Tu ve značné míře poskytuje rodina.

Role prarodiče v rodině se mění. Dříve byly u seniorů ceněny životní zkušenosti. Předávali mladším členům rodiny své dovednosti a zkušenosti. Dnes je postavení starého člověka jiné. Do důchodu většinou odcházejí lidé plní elánu, kteří si chtějí splnit své sny. Nejsou tolik závislí na rodině. Mladší lidé čerpají spoustu informací z dostupných zdrojů. Technický pokrok pak utváří mladší generaci rychlejší, nezávislou. Nadále platí, že pro vzájemný dobrý vztah v rodině předávání zkušeností, ale hlavně jejich přijímání mladší

generací je žádoucí. Mezigenerační vazby podporují pocit starého člověka o jeho potřebnosti. Naopak předávání technických zkušeností starší generaci obohacuje rodinu a vzájemné vztahy

Bydlení starých lidí

Většina starých lidí žije v manželském páru, menší počet pak v partnerském vztahu, nebo spolu žijí sourozenci. Pokud jeden z partnerů je nemocný, nebo nemohoucí péči přebírá druhý partner. Běžné denní aktivity pak zvládají bez výrazné pomoci okolí. V dnešní době žije jen malá část senioru ve dvougeneračních domácnostech. Velmi ohroženou skupinou osob se stávají ti, kteří žijí v domácnosti sami. Takto žije asi třetina seniorů ve věku nad 60 let. 8 z 10 senioru jsou ženy.

Další skupina seniorů má určitou výhodu a bydlí společně s mladšími členy rodiny. Bydlení více generací společně ovlivňuje vzájemné vztahy. Někdy je toto bydlení časově ohraničeno, jindy je dlouhodobé. Vždy je nejdůležitější pro zachování vzájemné úcty a rodinné pohody ponechání dostatečného soukromí pro všechny členy rodiny. Život rodiny je ovlivněn jednotlivými členy. Jejich osobnostními rysy a schopností tolerance.

Společné bydlení ovlivňuje i sociální okolnosti. Společné hospodaření, společenské okolnosti, pomoc a podpora v nemoci, nebo odstranění nesoběstačnosti člena rodiny. Takové to soužití je velmi výhodné pro všechny členy rodiny u vícegenerační domácnosti.

Ne vždy je společné bydlení možností volby. Nedostatek financí, ztráta zaměstnání, nemoc vedou k nutnosti sjednotit bydlení více rodin. Péče o seniora je často na vesnicích ovlivněna míněním okolí a rodina se podřizuje. Také citové a morální zásady hrají velkou roli v tomto rozhodování. Společné bydlení více generací nebývá jen klidné a fungující. Proti společnému bydlení hovoří sociologické ukazatelé jako například; vzájemné konflikty, problémy, starosti. Mladší generace je nucená brát ohledy na seniory. Členové rodiny mnohdy nejsou ochotni dohodnout se na společných změnách.

Funkce rodiny

Rodina je definovaná jako malá skupina osob, která je spojena příbuzenskými pouty. Plní úlohu sexuální, reprodukční, ekonomickou a výchovnou. Členové žijí v jedné domácnosti, dodržují vzory chování. Je zdrojem kulturních, morálních a společenských zásad. Senioři velmi oceňují pospolitost rodiny, zázemí a pocit jistoty, které jim toto soužití dává.

V 50. letech dvacátého století nastala postupná změna funkce a struktury rodiny. Změnil se počet členů rodiny, životní úroveň a způsob života. Tradiční rodinné vztahy a jejich vazby se uvolnily. Role ženy se posílila, naopak mužská autorita a postavení se mírně snížilo. Mezigenerační komunikaci ovlivňují názorové rozdíly. Snížilo se citové propojení a důvěra mezi generacemi.

Stále platí, že rodina je v péči o nesoběstačného seniora nenahraditelná. Poskytuje takovou péči, kterou si jedinec není schopen obstarat sám. Neměla by však přebírat veškerou aktivitu starého člověka. Ten se pak stává nečinným a zvyšuje se tím pádem závislost na pečovateli. Pečující rodina funguje za předpokladu, jestliže má podmínky fyzické, psychické a materiální k péči o seniora. Jestliže chce pečovat a má dobrou vůli. Snaží se najít ideální možnosti řešení daného stavu. Zná jakým způsobem poskytovat potřebnou pomoc, v jakém rozsahu tak, aby pomoc byla adekvátní a nesnižovala motivaci hendikepovaného.

Komunitní péče

Z dostupných zdrojů vyplývá, že asi 80% péče o seniory je zajištěná v komunitě rodinou. Délka péče se pohybuje mezi 4-5 roky někdy dokonce déle. Nejčastěji se stávají pečovatelkami ženy. Ty se nachází většinou ve středním věku a v důsledku péče jsou nuceny opustit zaměstnání a starají se o nesoběstačného seniora. V souvislosti se stárnutím populace se stává, že o rodiče pečují děti ve věku nad 60 let. Množství a rozsah pomůcek k péči je dnes dostatečný. Problém péče o seniora pomáhá řešit dostupná domácí péče, denní stacionáře a pečovatelská služba.

Dlouhodobá celodenní péče o starého člověka je velmi náročná a vyčerpávající. Mnohdy dochází v rodinách k sociálním a společenským změnám. U jednotlivce

pečujícího o člena rodiny se může projevit i syndrom vyhoření. Vyhoření se týká zejména oblasti citové a mentální vyčerpanosti. Často jde o důsledek dlouhodobého stresu. Od deprese nebo prosté únavy se syndrom vyhoření liší hlavně tím, že se vztahuje výhradně na onu krizovou oblast a jeho součástí jsou pochybnosti o smyslu své práce.

Společnost a senior

Postoj ke starým lidem se vyvíjel s postojem celé společnosti. Základy jsou dány již celkovým společenským chováním, v rodině, školce, škole. Ovlivňují její sociální, společenské a ekonomické struktury státu. V dobách minulých se společnosti chovaly ke starým lidem různě. Každá doba měla určité postoje k seniorům. Někdy staří lidé zůstávali osamoceni, bez prostředků a dostávali se na okraj společnosti. Pro tyto lidi obce budovaly chudobince a zde dožívali staří lidé v bídě odkázáni na pomoc okolí. Naopak jiné společnosti seniory uctívaly, cenily si jejich moudrosti. Vyjadřovaly jim úctu, a respekt.

Dnes v naší společnosti se zhruba o 80% seniorů stará rodina. Péči zajišťují ženy a o seniora pečují v průměru 4 - 5 let. Pouze 3 - 5% osob mají péči zajištěnou pomocí pečovatelských služeb.

Nejlepším prostředkem k prodloužení aktivního života do vyššího věku je zdravý způsob života, prevence vzniku onemocnění, využívání zkušeností a dovedností získaných v průběhu života. S postupným věkem klesá fyzický potenciál, ale psychický potenciál nemusí klesat stejně rychle. Starý člověk může dlouhou dobu využívat získané vědomosti a zkušenosti. Dosažení důchodového věku neznamena automaticky odchod do důchodu. Je zde třeba postupovat individuálně. Penzí se mění životní stereotypy. Kontakty se zpřetrhají, člověk žije osaměle a izoluje se od okolí. Snižuje se pocit užitečnosti, prospěšnosti a uspokojení. Podle údajů v literatuře žije velká část seniorů ve městě velmi aktivně. Zapojují se do kulturních činností, navštěvují kluby, organizace a spolky. Sledují společenské a politické dění kolem sebe. Aktivně sportují, chodí na procházky.

Úkolem společnosti je aktivně pečovat o seniory, zapojovat je do činností. Velkým problémem je pracovní uplatnění ve vyšším věku. Nabídka pracovních míst je velmi nízká. Vhodná pracovní místa pro seniory se těžce nalézají. Dochází k rozvoji aktivit uvnitř komunity, ale i rozvoji samostatných akcí a podpory vzdělávání ve vyšším věku. Všechny

aktivity ovlivňují zdraví. S přibývajícím věkem vzrůstá počet primárních onemocnění a rozvíjejí se komplikace stávajících chorob. Ty ovlivňují elán člověka a omezují jeho aktivity.

1.4 Profesionální péče o seniory

Stárnutí a multimorbidita způsobuje, že senioři jsou největšími spotřebiteli zdravotní péče. Dle statistických údajů se senioři podílí na 40% z celkových nákladů na zdravotnictví, tvoří 30% všech dnů hospitalizace a 40 % případně seniorů na předepisovaných lécích. Zdravotní péče nesmí být oddělená od sociální péče, protože zdravotní obtíže přinášejí s sebou i sociální problémy. Senioři chtějí setrvat co nejdéle ve svém domácím prostředí. V tu chvíli je pro ně nejdůležitější rodinná pomoc, pomoc přátel, sousedů a společenských institucí. V případě nutnosti stěhovat se do domova pro seniory, nebo léčebny dlouhodobě nemocných berou tuto skutečnost jako poslední možnou volbu. Většinou se obávají, že už se nevrátí do svého domu. Přemístění pro ně je velkým stresem. Špatně se adaptují v novém prostředí a nevytvoří si zde nové přátele. Jsou zde nespokojeni, i když je o ně lépe postaráno než v domácím prostředí.

Hlavním úkolem všech, kteří pracují se seniory je zajistit jim co nejdéle samostatný život v domácím prostředí. Do této pomoci patří využití charitativních sdružení, svépomocných skupin, sousedské výpomoci, pomoci dobrovolníků a vzájemná pomoc seniorů.

Zdravotní péče o seniory:

Primární péči o staré občany zajišťuje v nejvyšší míře praktický lékař pro dospělé. Určuje diagnózu, nasazuje léčbu a zajišťuje následnou péči. Senior se na něj s důvěrou obrací, očekává porozumění a citlivý přístup. Praktický lékař zná zdravotní neduhy klienta, ale také se orientuje v jeho sociální situaci. Je to on, kdo navrhuje nutnost hospitalizace, doporučuje pomoc domácí péče, nebo pomáhá umístit seniora do léčebny dlouhodobě nemocných.

Home care-domácí péče v naší republice funguje od roku 1992 a poskytuje klientům péči v jejich domácím prostředí. Péče je indikována praktickým lékařem a hrazena zdravotním pojištěním jedince. Služba zajišťuje péči o seniora dlouhodobě, nebo chronicky nemocného. Dále o pacienta propuštěného z nemocnice a také pečuje o umírajícího člověka. Nadstandardní služby jsou hrazeny seniorem dle ceníku dané domácí péčí. Péče je poskytována takovému člověku, jestli že jeho zdravotní stav je stabilizovaný a nevyžaduje hospitalizaci. Dále v případě, že sociální a rodinné podmínky umožní starému člověku další pečovatelskou pomoc během dne.

Léčebna dlouhodobě nemocných přijímá do své péče klienty, kteří z důvodu svého chronického onemocnění nemohou být ošetřováni v domácím prostředí. Jsou dlouhodobě závislí na péči druhé osoby. Tito pacienti mají vysoký věk, jsou multimorbidní a nesoběstační. Často mají psychickou poruchu.

Hospic je zařízení, které pečuje o pacienty v terminální fázi jejich onemocnění. Poskytuje péči nemocným, ale i rodinám, které jsou péči o člena domácnosti vyčerpány. Poskytuje paliativní lékařskou péči pacientům, kteří vyčerpali všechny možnosti medicíny. Světová zdravotnická organizace (WHO) hovoří o této péči jako o komplexní péči o pacienty, kdy jejich onemocnění nereaguje na kurativní léčbu. Hlavním cílem péče o tyto pacienty je kontrola bolesti a dalších symptomů nemoci. Cílem hospicové péče je dosažení nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin.

Sociální péče o seniory:

Pečovatelská služba navazuje na domácí péči. Zajišťuje seniorům pomoc s přípravou stravy, donášku obědů, léků, nákup potravin. Také poskytuje ošetrovatelskou péči, jako například pomoc při hygieně, při zvládání běžných úkonů v péči o vlastní osobu, dohled. Zaměstnanci pečovatelské služby doprovází staré lidi k lékařům, při jednání na úřadech. Dále mohou provádět úklid domácnosti, mytí oken. Služby jsou poskytovány za přímou platbu dle ceníku agentury.

V případě, že rodina potřebuje pomoc se seniorem během pracovního dne, lze ve větších městech zajistit možnost docházení seniorů do **denních stacionářů**. Zde stráví část dne ve společnosti svých vrstevníků. Klienti stacionáře se účastní různých skupinových aktivit, akcí a výletů, které jim napomáhají zlepšovat jejich fyzický i psychický stav. Tato péče je neústavní a je hrazena seniorem, nebo jeho rodinou.

Dům s pečovatelskou službou je v případě nesoběstačnosti seniora přijat lépe, než umístění do domova pro seniory. V domě s pečovatelskou službou mohou bydlet klienti v jednopokojových, nebo dvoupokojových bytech, které si vybaví vlastním nábytkem. Tito lidé jsou částečně soběstační a případná pomoc pečovatelek je hrazena dle daného ceníku. Zřizovatelem těchto zařízení je obec.

Domov pro seniory poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domov pro seniory poskytuje svým klientům ubytování a stravu. Pomoc při zvládání běžných úkonů při péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Dále nabízí sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při obstarávání zájmů klientů.

Cílem dlouhodobé péče o seniory je stabilizovat jejich zdravotní stav a neomezit kvalitu života. Snažit se o to, aby senior zůstal co nejdéle aktivní. Ošetrovatelskou, rehabilitační a paliativní péči zabezpečit tak, aby mohla být poskytnuta v domácím prostředí. Zaškolit do péče laiky a motivovat je k pomoci. Minimalizovat hospitalizaci a ústavní ošetření.

V úvodní části se bakalářská zabývá pohledem na seniora. Jsou zde uvedeny změny a důsledky, které stárí s sebou nese. Přináší zamyšlení nad funkcí rodiny a možnostmi profesionální péče o seniory.

Následující kapitola nastíní problematiku týrání a násilí na seniorech. Týrání starých osob může mít mnoho podob a forem. Od ponižování, odmítání pomoci až po fyzické násilí, sexuální zneužívání, vyhrožování a vydírání. Hlavním rysem týrání je jeho opakování, postupně se vyvíjí a trvá velice dlouhou dobu. Intervaly mezi jednotlivými útoky se postupně zkracují. Tato část práce vysvětlí, proč právě křehký senior se stává obětí násilí. Rozebere jednotlivé pojmy, které se vztahují k problému násilí. Podrobněji popíše formy týrání seniorů.

Poskytnout pomoc v takové situaci je náročné. Často se stane, že oběť pomoc odmítne. Proto je tato kapitola také zaměřena na možnosti zákonného řešení problému.

2. SENIOR A TÝRÁNÍ

Často užívaným pojmem v problematice týraných seniorů je **ageizmus**. Poprvé jej použil Robert Butler, první ředitel National Institute on Aging v USA v roce 1969. Název je odvozen od anglického slova age, které znamená věk, stáří. Ageismus můžeme přeložit jako společenský předsudek vůči stáří. Pojem v sobě zahrnuje diskriminaci starých lidí. Dnes medializovaný a prosazovaný kult mládí přináší i opačný extrém. Senioři jsou kategorizováni jako rigidní, senilní, staromódní v myšlení a dovednostech. Ukazuje dvě strany mince v pohledu na svět mládí a stáří. Co je v mládí dovoleno je ve stáří zavrženo. Několik příkladů k podpoře tohoto tvrzení:

- Mladý člověk může zapomenout, senior je sklerotický
- Mladý člověk může být pomalý bez nálepky toho, že už tolik nezvládá jako dřív
- Jakmile o chorobě hovoří mladý člověk, tak svým vyprávěním zaujme. Senior „pořád jen hovoří o nemocech“
- Popudlivost a nevraživost v mládí se přechází s nadhledem, ve stáří je to znak podivínství a bláznovství
- Vyjádření sexuálních tužeb je v mládí normální, ve vyšším věku je to oplzlost.

Na základě studií z posledních let se dá předpokládat, že podíl lidí ve věku nad 65 let vzroste do roku 2050 na 31 procent z celkového počtu obyvatel. Diskriminace na základě věku se tak stane velkým problémem. Evropská unie vydala směrnici o rovném zacházení. Záleží na jednotlivých zemích jak ji vloží do svých právních ráďů.

Pojem **Mistreatment** zahrnuje všechny formy týrání, zanedbání a zneužívání. Jsou to mnohdy nenápadné nevhodné postoje, poznámky a činy, které působí na seniory. Mají dopad na jejich sociální postavení a lidskou důstojnost.

Nově pojmenovanou formou je mediální násilí. Dochází k upřednostňování mládí a posilování mezigeneračního konfliktu. Společnost je opakovaně informována o velkých výdajích na důchody, spotřebě zdravotní a sociální péče.

Nesmí být opomenuto ani na formy násilí, kterých se mohou vědomě či nevědomě dopouštět zdravotníci a ostatní osoby pečující o seniory. Je to především nedostatek pochopení, taktu a schopnosti empatie se seniory. Neschopnost akceptovat změny, které přináší stáří. Senioři mají nedostatek informací, jsou odloučen od rodiny, nebo možnost kontaktu s ní je omezená. Je jim poskytována nekvalitní péče. Někdy se setkávají s nedostatečnou snahou ze strany zdravotníků řešit jejich problémy komplexně. Častým prohřeškem vůči starým pacientům je špatná, nebo nevhodná výživa, nedostatečný pitný režim a nadměrná ordinace uklidňujících léků (Haškovcová 2004). Mezi zdravotníky se vyskytují názory o zbytečnosti provádět některá nákladná vyšetření, nebo zákroky. Tento problém je velice závažný a musí se citlivě projednávat. Nemůžeme řešit vše paušálně, ale každý případ se musí indikovat zvlášť.

Individuální pohled na stáří a mýty, které ovlivňují naše jednání

- Psychika se ve stáří zhoršuje. Senior je popudlivý, depresivní. S okolím přestává komunikovat, uzavírá se před světem. V tomto věku narůstá počet sebevražd
- Muži a ženy stárnou stejně rychle
- Staří lidé jsou všichni stejní
- Senior nemá zájem o okolí, všechno jej obtěžuje. Neustále si stěžuje
- Důchodce přestává pečovat o sebe a svou domácnost. Páchne, jeho oblečení není čisté. Je nemoderní
- Lidé ve vyšším věku stále častěji potřebují lékařskou pomoc a léčba onemocnění vyžaduje delší dobu hospitalizace
- Senior si neustále stěžuje, že jej něco bolí. Pořád vypráví zážitky od lékaře a svými zdravotními potížemi obtěžuje okolí
- Senior patří do ústavního zařízení. V České republice máme málo těchto zařízení
- Penzisty bereme jako nadbytečné. Už nám nemají co nabídnout
- Stáří je ekonomickou zátěží pro společnost

Uvedené příklady a další negativní názory komplikují mezigenerační soužití ve společnosti a navozují špatný pohled na stáří. Tyto postoje devalvují seniory. Je potřeba, aby si společnost uvědomila nutnost vzájemné věkové solidarity a tolerance.

2.1 Násilí na seniorech

Tímto problémem se ve světě zabývá INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse). Je to přední světová organizace, která se věnuje problematice EAN (elder abuse and neglect). Jejím posláním je respektovat rozličnosti kultury, původu a životního stylu světové populace. Zvyšovat společenskou odpovědnost a schopnost rozpoznávat utrpení starších lidí tak, aby závěr jejich životů byl prost týrání, zneužívání a zanedbávání. Dále se snaží podporovat vzdělání a výchovu profesionálů a laiků ve schopnosti rozpoznávání a prevence. Pomáhat poradenstvím, podporovat výzkum případů, souvislostí, prevalence, péče a prevence týrání seniorů.

Světová zdravotnická organizace v roce 1996 vydala Zprávu o násilí a zdraví ve světě. Zde je násilí definováno jako „Úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo jiného prostředku proti osobě, jiné osobě, proti skupině či proti komunitě. A to síly, která má nebo s vysokou pravděpodobností bude mít za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či deprivaci“ (Haškovcová, 2004, s.13). Definice v sobě zahrnuje všechny druhy násilí a to tělesné, duševní, sexuální, týrání a zneužívání.

WHO převzala definici EAN od INPEA, která definuje násilí z pohledu seniora jako: „Jednotlivé či opakované činy, nebo chybění přiměřené činnosti objevující se v jakékoli souvislosti a v jakémkoli osobním vztahu, pokud lze oprávněně očekávat, že povedou k poškození či ohrožení starého člověka“ [www.who.cz].

Jedním z rysů týrání je jeho opakování, postupně se vyvíjí a trvá velice dlouhou dobu. Intervaly mezi jednotlivými atakami se postupně zkracují.

Je dobře, že se dnes daleko otevřeněji hovoří o násilí na lidech. Výsledky šetření domácího násilí ukazují, že s týráním v rodině se setkalo 10-30% osob ve věku nad 15 let. Jak se s tím vypořádají mladí lidé na začátku života? Podle statistik kriminalistického ústavu je pravděpodobnost napadení v rodině až 3 x větší než na ulici! Násilí na seniorech můžeme zařadit mezi formy domácího násilí (Postavení a diskriminace, 2006).

2.2 Týrání a zneužívání seniorů

K vysvětlení tohoto pojmu použiji větu Haškovcové „Týrání je zlé nakládání s druhou osobou, které se vyznačuje značným stupněm bezcitnosti a hrubosti, které u oběti vyvolává pocity hlubokého příkoří“ (Haškovcová, 2004, s.13 - 14). Délka týrání se může pohybovat od jedné ataky po opakované napadání.

Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání se označuje zkratkou EAN. Tímto se označuje nevhodné jednání a chování ke starým lidem. Senioři jsou znevýhodněni svým věkem a zdravotním stavem. Ztráta soběstačnosti úplná, nebo částečná způsobuje závislost na pečující osobě. Tato potřeba činí z pečující osoby osobu týrající. K týrání dochází nejčastěji v domácím prostředí. Pachatelé jsou osoby blízké dcery, snachy, zeťové, životní partneři. Většinou tyto osoby žijí s postiženým pod jednou střechou. Méně často jsou to osoby docházející do domácnosti jako například pečovatelky. Dalším místem kde se projevuje nevhodné chování na starých lidech jsou pečovatelské domy, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory.

Týrání starých osob může mít mnoho podob a forem. Od ponižování, odmítání pomoci až po fyzické násilí, sexuální zneužívání, vyhrožování a vydírání. Pořadí jednotlivých forem týrání je řazeno dle modelu občanského sdružení ŽIVOT 90.

Tělesné týrání

Tato forma násilí je nejvíc patrná. Dochází k záměrnému působení bolesti, zranění. Fyzickému nátlaku, odpírání základních tělesných potřeb. Nejčastěji jde o bití, srážení k zemi, škracení, cloumání, kopání, pálení, vystavování chladu a mytí studenou vodou. Následkem takového zacházení nacházíme na seniorech podlitiny, pohmožděniny, škrábance, otoky těla. Někdy také zlomeniny bez zjevné příčiny. K této formě násilí je počítáno i záměrné odpírání jídla, léků či působení bolesti během ošetření. Můžeme se setkat s používáním omezovacích prostředků. Zde řadíme kurtování a nadměrné podávání sedativ. Vše vede k dehydrataci, malnutrici, podchlazení, úzkosti a depresi. Při prokazování tohoto týrání mohou být nápomocni behaviorální ukazatelé. Rodinní příslušníci většinou poskytují různá vysvětlení daného stavu. Senior se k ošetření mnohdy

dostaví se zpožděním několika dnů. Velmi často jde o opakovanou hospitalizaci s podobným zraněním.

Psychické a citové týrání

Velmi závažná a někdy těžce postihnutelná forma týrání. Verbální agrese, ponižování, urážení, zesměšňování, šikana a vyhrožování. Senior je odloučen od rodiny, jsou mu odepírány osobní památkové předměty, oblíbené činnosti a věci. Je mu opakováno jak je zbytečný, postradatelný. Dochází z rozvoji úzkosti, plačtivosti, poruchám spánku, nechuti k jídlu. Nadměrnému užívání sedativ, léků na uklidnění. Na tuto možnou příčinu by měli pomýšlet zdravotníci při akutních stavech seniora, spánkových deprivacích. Při poruše příjmu potravy, depresi, stáhnutí se do sebe, nezájmu o sebe sama. Dále při suicidních myšlenkách a pokusech o sebevraždu.

Finanční a materiální zneužívání

Toto zneužívání je časté. Pachatelé jsou dcery, synové, manželé, vnuci. Jedná se o protiprávní přivlastňování či vyvlastňování majetku starších osob. K nejzávažnějším jevům patří převody majetku na děti, nebo vnuky. Sepisování účelných závětí. V této chvíli se mnohdy starý člověk stává bezdomovcem. Alarmující jsou návštěvy rodin u hospitalizovaných seniorů v období vyplacení důchodu. Osoby, které disponují s financemi penzisty nejsou ochotné hradit výdaje na ošacení, jídlo či léky.

Sexuální obtěžování a zneužívání

Nejčastěji je popisována tato forma násilí mezi klienty v ústavní péči. Znevýhodněnou skupinou jsou osoby s tělesným nebo kognitivním postižením. K projevům patří nedobrovolné líbání a osahávání, obnažování a exhibicionismus. Fyzikálními ukazateli zneužívání jsou genitální nebo anální bolest, podráždění, krvácení, modřiny na genitáliích,

vnitřní straně stehén, potíže s chůzí a sezením, krvavé spodní prádlo a sexuálně přenosné choroby. Pachatelé jsou nejčastěji lidé drogově závislí, alkoholici, dementní. WHO definuje toto zneužívání jako „nedobrovolný sexuální kontakt jakéhokoliv druhu, kterému je vystaven starý člověk“.

Zanedbání péče

WHO charakterizuje zanedbávání péče jako „odpírání či selhání plnit pečovatelské závazky bez ohledu na to, zda jde či nejde o vědomý a úmyslný pokus způsobit starému člověku tělesné či duševní potíže a ohrožení (Kalvach,2004,s.355). Jedná se o nedostatečné poskytnutí péče a prostředků pomoci v péči o seniora. Zanedbání péče nemusí být úmyslné. Často k zanedbání dochází v důsledku nedostatečných znalostí jak kvalitně pečovat o starého člověka. Má pro něj negativní vliv. V tom případě se jedná o nezvládnutí role pečovatele a zanedbání povinností, které vedou k psychickým či fyzickým obtížím seniora. Tento jev bývá odhalen velmi pozdě, až v důsledku kumulace viditelných následků. Má různou intenzitu a vrcholem je opuštění seniora. Zanedbání se může vyskytnout jak v ústavním ošetření tak i v domácím ošetření. Záměrným špatným zacházením se seniorem a jeho zanedbání je konáno se záměrem ublížit mu a oklamat okolí. Cílem tohoto jednání je zisk pro agresora.

Zanedbání péče o sebe sama, self - neglect

Tímto pojmem se označuje osoba která nedodržuje základní hygienické a sociální normy. Vyznačuje se neupraveným zevnějškem, sníženou hygienou s výskytem kožních chorob a parazitů. Takový člověk je ohrožen podvýživou a podchlazením. Zanedbaní lidé si nepřipouštějí změny, kterými se odlišují od okolí. Jejich životní styl jim mnohdy vyhovuje a nehodlají jej měnit. Tato porucha se vyskytuje jak u mladších jedinců, kteří žijí život tuláka, nebo se může rozvinout s věkem. V tom případě většinou dochází k rozvoji geriatrického maladaptivního syndromu. Podle autorů výzkumu (Payne a Gainey, 2005) je self - neglect jednou z nejčastějších forem elder abuse. Tato forma je velmi nápadná pro

okolí, sociální pracovníky a je snadněji řešitelná. Ve srovnání se skrytým domácím násilím je jednodušší tyto případy definovat.

2.3 Oběť senior

Obětí mohou být jak muži tak i ženy. Dle americké studie prezentované Tošnerovou v rámci Ostravských Gerontologických dnů konaných 23. - 25.9.2009 větší procento týraných seniorů zaujímají ženy. Vysvětlením je vyšší věk, kterého se dožívají právě ženy. Obecně platí, že obětí je ten, kdo se v dané situaci vyskytuje v závislé pozici. Je odkázán na pomoc a vydán na milost a nemilost. Poškozený se obává zhoršení situace a proto opakovaně skrývá projevy týrání před světem. Mnohdy si sám nechce přiznat v jak obtížné situaci se nachází a netuší, na koho se může se svým problémem obrátit. Velkou roli hraje i veřejné mínění. Oběť obvykle působí jako senilní, nemohoucí senior vyžadující neustálý dohled a péči. Naopak agresor má pro okolí tvář beránka. Týrání se často odehrává beze svědků.

Senior, který je oběť, je člověk s nízkým sebevědomím, závislý na péči agresora. Utápí se v lítosti a sebelítosti. Je psychicky labilní. Má sklony k sebepoškozování. Nesnaží se vymanit z péče agresora. Projevuje mu úctu a vděk za péči a jeho přítomnost. Poskytnout pomoc v takové situaci je náročné. Stane se, že oběť pomoc odmítne.

Podat trestní oznámení je pro seniory velice psychicky náročné. Musí souhlasit se zahájením trestního stíhání, s vyšetřováním a třetí souhlas je po oběti žádán u soudu. Proto se nemůžeme divit, že velká část trestních oznámení je stažena. V mnoha případech je oběť nucena dál bydlet s týrající osobou v jednom bytě. Celý tento proces je velice psychicky náročný.

Pečuje-li agresor o osobu zbavenou svéprávnosti, je zákonem toto jednání označeno jako týrání svěřené osoby.

2.4 Právní aspekty problému

Český právní řád „Trestní zákon“- Zákon č.140/1961 Sb. **týrání** definuje jako zlé nakládání s osobou svěřenou do péče, které se vyznačuje vyšším stupněm bezcitnosti a hrubosti, s určitou dobou trvání na oběť pro svou krutost, bolestivost a bezohlednost, vyvolávající v ní pocity příkoří, přičemž není podmínkou, aby u svěřené osoby vznikly následky na zdraví.

Týráním je i opomenutí povinné péče u svěřené osoby. Zákon rozlišuje a postihuje tyto činy takto:

§ 215 Týrání svěřené osoby žijící ve společně obývaném bytě nebo domě

- (1) Kdo týrá osobu, která je v jeho péči nebo výchově, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta.
- (2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,
 - a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 zvlášť surovým způsobem nebo na více osobách, nebo
 - b) pokračuje-li v páchání takového činu po delší dobu.

§ 215a Týrání osoby, žijící ve společně obývaném bytě nebo domě

- (1) Kdo týrá osobu blízkou nebo jinou osobu žijící s ním ve společně obývaném bytě nebo domě, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.
- (2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,
 - a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 zvlášť surovým způsobem nebo na více osobách, nebo
 - b) pokračuje-li v páchání takového činu po delší dobu.

§ 231 Omezování osobní svobody

- (1) Kdo jinému bez oprávnění brání užívat osobní svobody, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(4) Odnětím svobody na tři léta až deset let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví, smrt nebo jiný zvlášť závažný následek.

§ 232 Zbavení osobní svobody

(1) Kdo jiného zbaví osobní svobody, bude potrestán odnětím svobody na tři léta až osm let.

(2) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví, smrt nebo jiný zvlášť závažný následek.

§ 235 Vydírání

(1) Kdo jiného násilím, pohrůžkou násilí nebo pohrůžkou jiné těžké újmy nutí, aby něco konal, opominul nebo trpěl, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.

§ 237 Útisk

Kdo jiného nutí, zneužívaje jeho tísně nebo závislosti, aby něco konal, opominul nebo trpěl, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců.

§ 238 Porušování domovní svobody

Odnětím svobody až na dvě léta nebo peněžitým trestem bude potrestán pachatel, který neoprávněně vnikne do domu nebo do bytu jiného nebo tam neoprávněně setrvává.

Přestupky proti občanskému soužití řeší **Zákon o přestupcích č. 200/1990 Sb.: § 49**

(1) Přestupku se dopustí ten, kdo

a) jinému ublíží na cti tím, že ho urazí nebo vydá v posměch,

b) jinému z nedbalosti ublíží na zdraví,

c) úmyslně naruší občanské soužití vyhrožováním újmou na zdraví, drobným ublížením na zdraví, nepravdivým obviněním z přestupku, schválnostmi nebo jiným hrubým jednáním,

(2) Za přestupek podle odstavce 1 písmena a) lze uložit pokutu do 1 000 Kč a za přestupek podle odstavce 1 písmena b) a c) pokutu do 3 000 Kč.

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, který ve svých §§ 85-92

stanovuje podmínky vzájemné vyživovací povinnosti rodičů a dětí, podmínky vyživovací povinnosti mezi ostatními příbuznými, upravuje vzájemné vyživovací povinnosti mezi manželi

§ 168 Neoznámení trestného činu

(1) Kdo se hodnověrným způsobem doví, že jiný spáchal trestný čin týrání svěřené osoby (§ 215) a takový trestný čin neoznámí bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.

2.5 Socio-demografické informace a statistiky

Týrání a zneužívání seniorů je v současné době stále víc diskutované téma. Tato problematika zasahuje do záležitostí sociálních, veřejného zdraví a lidských práv. Jen málo je informací o povaze tohoto jevu, o závažnosti, důležitosti, příčinách, následcích a účinné prevenci. Můžeme odhadovat, že vzhledem ke stále rychlejšímu stárnutí populace v celosvětovém měřítku bude se počet týraných zvyšovat. V nadcházejících desetiletích je očekáván nárůst seniorů především ve věku 80 a více let. Je odhadováno, že počty seniorů v zemích EU do roku 2050 vzrostou z 18 milionů na téměř 50 milionů. Celosvětově se předpokládá, že do roku 2025 se populace seniorů zdvojnásobí na 1,2 miliardy. Každý měsíc překročí věk šedesát let 1 milion lidí, 80% z nich žije v rozvojových zemích.

V České republice je jedním z míst, kde se informace o těchto případech shromažďují linka krizové pomoci (SENIOR TELEFON) v občanském sdružení ŽIVOT 90. Důkazy naznačují, že fyzické násilí, psychické zneužívání, zanedbávání a jiné formy se vyskytují v malé části populace. Ze statistického šetření, které bylo provedeno v České republice

vyplývá, že počet týraných a zneužívaných seniorů je zde okolo 400 000. Nejčastější formou zneužívání a týrání je ekonomické týrání (38%), zanedbávání (29%), týrání fyzické (20%), psychické (11%) a sexuální zneužívání (2%) (Pavlatová 2008).

Rada seniorů ČR provedla v roce 2004 orientační průzkum mezi svými členy. Podílelo se na něm 1000 respondentů z celé republiky. Šetřením se zjistilo, že s diskriminací se setkala 5,4% dotázaných, o problému slyšely 4% a 3,1% osob si informace o tomto problému přečetlo. S nevhodným jednáním se nesetkalo 87,5% dotazovaných (Postavení a diskriminace, 2006).

Z dostupných informací Policie ČR vyplývá, že násilí na seniorech se jako samostatný trestný čin ve statistikách neuvádí. Zařazení do skupin probíhá podle formy násilí, které bylo použito při spáchání trestného činu.

Organizacemi WHO a INPEA byl v roce 2001 proveden první multinárodní výzkum názorů a pohledů seniorů - **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. Výzkum byl proveden v Argentině, Brazílii, Keni, Libanonu, Indi, Švédsku, Kanadě a Rakousku. Účelem studie bylo zjistit názory seniorů k problematice EAN. Na základě zjištění změnit, nebo upravit definice, rizikové faktory a druhy EAN. Výsledkem studie bylo zjištění, že senioři chápou tento problém v těchto bodech:

- Zanedbávání-izolace, opuštění, sociální vyloučení
- Porušení lidských a lékařských práv
- Zbavení, nebo nedostatek možností výběru, nemožnost vlastních rozhodnutí, zbavení statutu, financí, respektu

V zemích EU v období 25.5. - 30.6.2007 na 28 660 respondentech proběhl výzkum pod názvem **Health and long-term care in the European Union**. Byl zaměřen na informovanost veřejnosti o jednotlivých formách EAN a možnosti řešení tohoto problému. Z výzkumu vyplývá, že 47% obyvatel EU si myslí, že nedostatečná péče a týrání seniorů je v jejich zemi rozšířený problém. 33% tuto skutečnost vnímá ojediněle a 8% jen velmi ojediněle. Ze zdrojů také vyplývá, že chápání tohoto problému se v jednotlivých zemích liší. V ČR si myslí 27% osob, že týrání a zneužívání seniorů je v jejich zemi rozšířené (Pavlatová 2008).

Toto citlivé výzkumné téma provází při sběru dat obtíže jako například obtížný přístup k obětem EAN, neochota obětí a rodinných příslušníků vypovídat. Různé typy EAN, různost pachatelů a obětí. Nejasná, nesjednocená metodologie. Neúplnost profesionálních úvah, kdy řada faktů zůstává neodhalena. Nedostatek studií založených na přímých

výpovědích obětí. Nedostatečné množství výzkumu z důvodu nedostatku financí k jejich provedení. Etický problém.

Z dostupných zdrojů vyplývá, že problém násilí na seniorech začíná stále víc vstupovat do povědomí lidí. Z toho se dá usuzovat, že tato záležitost postihuje čím dál větší skupinu starých osob. V médiích a časopisech se prezentují případy poškozených seniorů. Týrání a zneužívání seniorů má rozsáhlé důsledky. Velmi často bývá následkem těchto činů poranění, smrt, psychická újma. Poskytnout pomoc v takové situaci je náročné. Mnohdy se stane, že oběť pomoc odmítne.

S týraným seniorem nejčastěji do prvního kontaktu přichází zdravotník. Všímá si změn na těle seniora, reaguje na psychickou rozladu a potřeby poškozeného. Třetí kapitola nabízí informace pro lékaře a sestry jak správně diagnostikovat týrání. Zhodnotit možná rizika, kterým může být oběť vystaven. V další části bakalářské práce jsou popsány možnosti řešení této problematiky. Nalézt východisko z neutěšené životní situace zahrnuje týmovou spolupráci zdravotníků, sociálních pracovníků a zdravotně sociální poradenství postižené rodiny.

3. SENIOR A ZDRAVOTNÍK

Senioři si nesou s sebou jakousi nálepku nutnosti dlouhodobé hospitalizace. Tento postoj vyplývá z multimorbidity tohoto věkového období. Senioři jsou dlouze ošetřováni a překládáni mezi jednotlivými obory. Pacienti ve vyšším věku by měli být hospitalizováni na geriatrických klinikách vybavených podle potřeb této skupiny pacientů. Nejčastěji jsou však hospitalizováni na interních klinikách. Zde pro péči o seniora mnohdy není dostatek pomůcek a školeného personálu. Ne vždy lékaři a zdravotnický personál dostatečně rozumí problematice disability. Pacienti jsou nadměrně ohroženi geriatrickým hospitalismem, rozvojem imobilizačního syndromu, ztrátou soběstačnosti s následnou nutností umístění do ústavní péče. Velká část pacientů, která je umísťována do léčen dlouhodobě nemocných chápou svůj pobyt zde jako odložení. Jejich pobyt je brán jako sociální azyl. Jsou to často pacienti na konci života. Jen malá skupina seniorů je předávána zpět do domácí péče. Prostor mezi poskytováním domácí péče a sociální péče se zvětšuje. Jako řešení se nabízí osobní asistence, která je u nás málo známa a prováděná.

Ochrana lidské důstojnosti a zvláště u seniorů je jakýsi nadstandard v péči. Tento fakt mohou potvrdit rodiny seniorů, které doprovází svého příbuzného v průběhu vyšetření či ošetření. Pocit, že obtěžují zdravotníky, chtějí nadstandard, nebo patří do jiné ambulance je častý.

V dnešní době je neuvěřitelné, že stále v řadě nemocnic chybí bezbariérová úprava oddělení. Uspořádání oddělení vychází ze starých architektonických předpokladů a z důvodu finančních nedošlo k jejich rekonstrukci. Zdravotnický personál není školen v péči o geriatrické pacienty. Tlak na ekonomiku vede k diskriminačním opatřením pro seniory. Dochází k odkládání nákladnějších vyšetření a zákroků. Vzhledem k věku některé nejsou provedeny vůbec. Nedostatečná informovanost mezi jednotlivými obory, resorty a ústavy vede k chybné manipulaci s klientem a nezabezpečení adekvátní péče.

V roce 2004 se rozvířila debata o používání klecových a síťových lůžek v našich zařízeních. To je ale jen vrcholek ledovce. Spektrum omezovacích prostředků používaných v péči o seniory je širší. Nejedná se jen o používání mechanických omezovacích prostředků k fixaci klienta v křesle nebo lůžku. Je zde zahrnuto i nadměrné užívání permanentních močových katetrů u žen, které je zdůvodněno jako prevence inkontinence.

Léky navozená sedace může být také užita jako omezující prostředek. K dalším formám omezení patří zamykání dveří. Tato forma se může označit jako účelná v případě zajištění bezpečnosti seniorů. Psychologické omezení, které s sebou nese spoustu příkazů a zákazů vede obvykle k dezorientaci klienta (Postavení a diskriminace, 2006).

3.1 Reakce zdravotníků

Položme si otázku: „Jak se zachová zdravotník, když pojme podezření na proběhlé násilí u seniora“?

Prvním záchytným bodem je zdravotní sestra v ambulanci, která kvalifikovaným okem rozpozná potencionální oběť. Je na sestře, aby převzala iniciativu. Cílenými dotazy zjišťuje co předcházelo zranění. Vždy je na ní jaké stanovisko k pacientovi zaujme. S klientem je potřeba zacházet citlivě, ohleduplně a promyšleně. Nelitovat, ale projevit účast a nabídnout přiměřenou pomoc. Informovat ho o možnostech řešení situace. Nasměrovat poškozeného tam, kde mu bude poskytnutá odborná a kvalifikovaná pomoc. Situace bývají většinou velice vypjaté a emotivní. Před odchodem z ambulance je potřeba zjistit, jestli se může senior vrátit domů.

Lékaři se většinou zachovávají rezervovaný odstup v řešení těchto otázek. Svůj postoj vysvětlují tím, že na to nemají právo. Otázkou na tělesné týrání by vstoupili do intimního světa pacienta. Ztratili by tak jeho důvěru a mohlo by dojít ke změně lékaře. Necítí se dostatečně vzdělaní a obávají se, že jejich rady by byly příliš obecné a nepomohly by v konkrétním případě. Nedostatek času je další příčinou, proč se lékaři nechtějí věnovat tomuto problému.

3.2 Pomůcka pro lékaře a sestry v případě podezření na týrání seniora

Pro včasné zjištění a účinnou pomoc byla Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s Bílým kruhem bezpečí zpracována Karta pro lékaře, Karta pro sestry v klinické

ošetřovatelské praxi a Karta pro sestry v primární péči. Brožura má pomoci zdravotníkům správně se orientovat v problému domácího násilí a pomoci při řešení situací s oběťmi domácího násilí. Zahrnuje všechny skupiny, které mohou být poškozeny-děti, ženy a seniory. Tyto doporučení mají pomoci včas rozpoznat příznaky a následky domácího násilí. Zhodnotit možná rizika, kterým může být oběť vystavena. Dále obsahuje zásady komunikace s postiženou osobou, návod jak správně zdokumentovat události a další možné způsoby řešení. Jsou zde také uvedeny kontakty pro pomoc obětem. Ministerstvo zdravotnictví vydalo metodický pokyn pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím. Tento je uveden v příloze č.6.

Teoretické podklady a brožury k tématu násilí na seniorech nemohou nahradit informace, které by měly být prezentovány zdravotníkům během přednášek a besed. Zkušenosti těch, kteří s týraným seniorem už pracovali a řešili jednotlivé případy jsou pro další praxi zdravotníků velmi cenné.

V případech postižených žen a dětí se možnosti pomoci neustále zlepšují. Je-li obětí senior možnosti pomoci jsou stále omezené. Kalvach a řada dalších autorů se shodují v řešení situace poškozeného seniora. Při akutním ohrožení je potřeba okamžitě přerušit kontakt s pachatelem. Jednou z možností je akutní hospitalizace týraného, nebo umístění oběti do azylového zařízení. Jako další řešení navazuje zdravotně sociální poradenství, spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků. Dysfunkční rodina je dlouhodobě dispenzarizována.

3.3 Diagnostika týrání

Rozpoznat a diagnostikovat týrání a zanedbání je velmi citlivý problém. Poškozený se stydí za svoji situaci, za chování agresora a nevěří, že se situacelepší. Velmi se obává pomsty a zhoršení už tak svízelné situace. Oběť je mnohdy závislá na pachateli, má k němu velmi silný citový vztah. Proto se stává, že svoje zranění maskuje a pachatele chrání před okolím. Vyslovení podezření z úst zdravotníka je velmi závažné. Mylné označení problému může velmi vážně poškodit důvěru mezi pacientem a lékařem (zdravotníkem). Je také potřeba vzít v úvahu i diferenciální diagnostiku, vyloučit paranoidní stavy, choroby podezřívavosti či přechodné paranoidní poruchy.

Pro zjištění správné diagnostiky je důležitá důkladná anamnéza. Pozor je třeba si dát na možné účelové zmanipulování a zkreslení informací příbuznými. Při sběru anamnestických údajů je potřeba empatickou komunikací navázat důvěru se seniorem. V mnoha případech je komunikace omezena nebo znemožněna fatickým postižením seniora, nebo pokročilou demencí. Přesto je citlivá komunikace s nemocným jak verbální, tak nonverbální základním předpokladem pochopení problematiky týrání, zanedbávání a pomoci nemocnému. Tošnerová ve své publikaci „Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině, průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatel“ uvádí možné vodítko jak postupovat při špatném zacházení se starými lidmi. Nabádá zdravotníky k aktivnímu dotazování klientu, zejména žen ve věku nad 60 let a fyzicky či mentálně postižených jestli se doma cítí bezpečně. Vzor dotazování je uveden v obrázku č. 1.

Pro správné diagnostikování a podchycení případu týraného seniora je velmi důležité, aby všichni, kteří jsou v kontaktu se seniory byli maximálně všímaví a empatičtí. Měli dostatek znalostí a informací o této problematice a reagovali velmi profesionálně [www.bkb.cz].

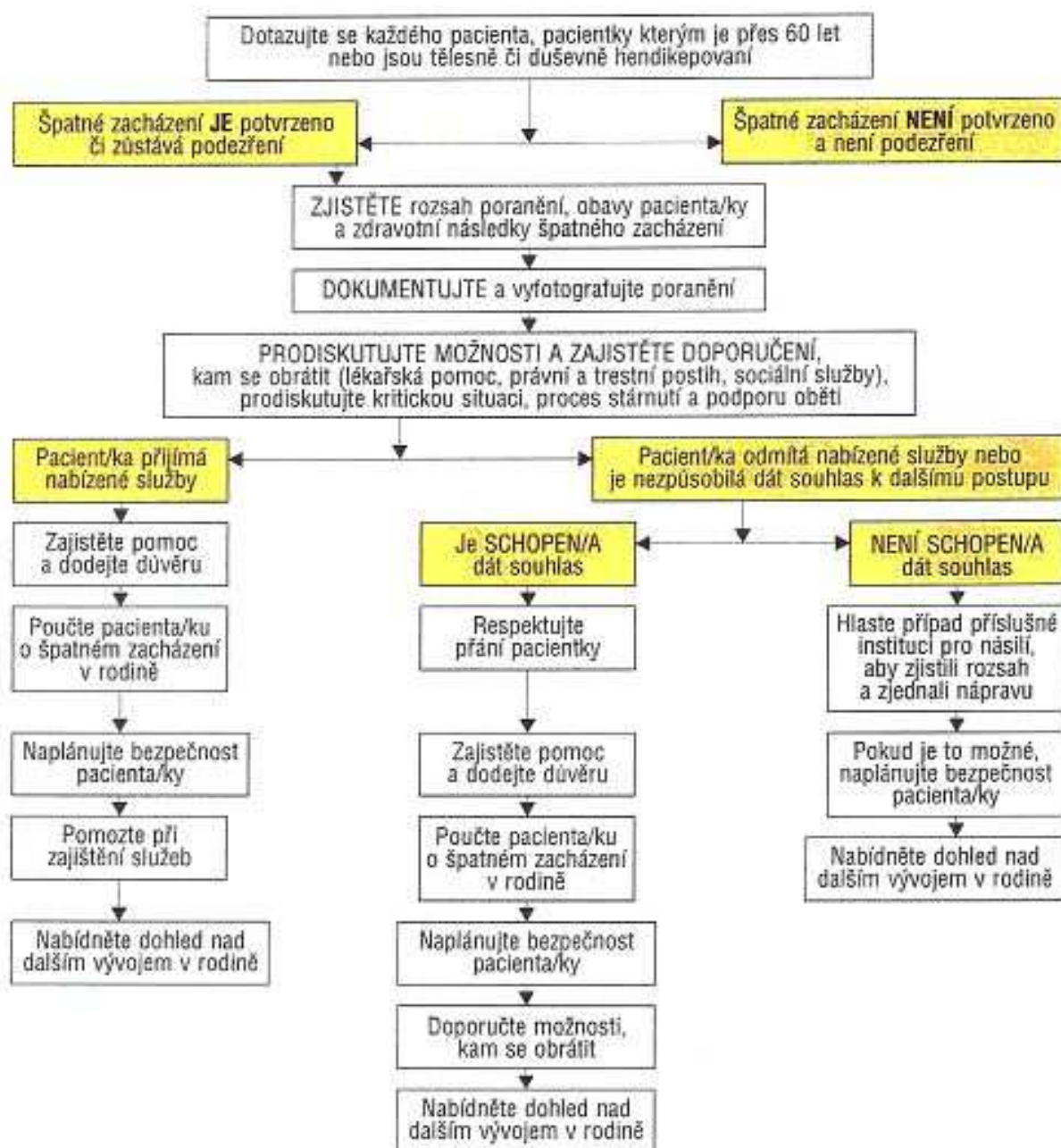
K řešení problematiky se nabízí dva modely, které mohou být zdravotníky použity:

Rutinní dotazování

Dotazování každého seniora, který vyhledá lékařskou pomoc. Ptát se, zda se cítí doma bezpečně. V těchto případech otázky nevyplynou z podezření na násilí, nebo zanedbání.

Selektivní dotazování

Přímé dotazování v případech podezření na násilí. Jsou přítomny specifické fyzické, nebo psychické symptomy násilí.



Obrázek č. 1. Aktivní dotazování klientů na špatné zacházení

(Citováno dle: Vavrečková, 2008, s.90)

Doporučení pro zdravotníky:

Oběti domácího násilí nikdy samy nezačnou hovořit o své situaci. Je potřeba pokládat jim jednoduché otázky. Přímým, nekonfliktním způsobem v důvěryhodném prostředí vést rozhovor. S postiženým hovořit bez přítomnosti dalších osob a dbát na zachování soukromí. Ptejte se:

- Na vašem těle je hodně modřin. Můžete mi říct jak se to stalo?
- Stalo se vám, že vás někdo blízký fyzicky napadl?
- Cítíte se doma bezpečně?
- Vypadá to, že vás někdo uhodil.

Jestli že pacient stále popírá cizí zavinění poranění. Je potřeba provést záznam o stavu poranění a pořídit fotodokumentaci. K zdokumentování případů domácího násilí může být využit formulář Dokumentace případů domácího násilí vypracovaný Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s DONA linkou. Vzor záznamu je uveden v příloze č. 5. Poskytnout poškozenému informace, kam se může obrátit o pomoc v případě, že změní názor.

Jakmile poškozený odpoví kladně na otázku násilí, je důležité povzbudit jej k pokračování. Naslouchejte, ale neposuzujte. Takový postup by měl pomoci podpořit oběť k dalším krokům, podpoře léčení. Zdokumentujte násilí na formulář k tomu určený. Použijte k vysvětlení události slova poškozeného. Zakreslete a popište poranění. Pořídte fotodokumentaci. Zjistěte, jestli pacient má kam jít po propuštění z nemocnice. Nabídněte možnost zatelefonování ze služebního telefonu. Poskytněte telefonní čísla na linky důvěry, poradenská centra, azylové domy.

Doporučení pro management zdravotnických služeb:

- Vypracovat metody práce s týranými seniory. Uvést jasné postupy jak zacházet s oběti násilí.
- Zavést systém dotazování na násilí u osob nad 60 let věku a těch, kteří jsou tělesně, nebo duševně hendikepováni.
- Zajistit pro pracovníky speciální školení.

3.4 Mezinárodní klasifikace nemocí

V mezinárodní klasifikaci nemocí je zařazeno několik diagnóz, které se vztahují k následku zanedbání péče, špatného zacházení a týrání. Klasifikaci používají během své práce zdravotničtí pracovníci. Projevy špatného zacházení a týrání jsou řazeny do skupiny - Y - tj. komplikace zdravotní péče a skupiny - T – tj. poranění a některé jiné následky vnějších příčin.

Y06 Zanedbání a opuštění

- 0 Manželem nebo partnerem
- 2 Známým nebo přítelem
- 8 Jinými určenými osobami
- 9 Neurčenou osobou

Y07 Jiné syndromy špatného zacházení

Patří sem:

duševní trýznění

tělesné zneužívání

- 0 Manželem nebo partnerem
- 2 Známým nebo přítelem
- 8 Jinými určenými osobami
- 9 Neurčenou osobou

T73 Účinky jiné deprivace – újmy

- 0 Účinky hladu
 - Úplný nedostatek jídla
 - Hladovění
- 1 Účinky žízně
 - Úplný nedostatek vody
- 2 Vyčerpání způsobené polohou
- 3 Vyčerpání způsobené nadměrným vynaložením sil
- 8 Jiné účinky deprivace

T74 Syndromy týrání

0 Zanedbání nebo opuštění

1 Tělesné týrání

Syndrom bitého manžela(-ky), druha(-ky)

2 Pohlavní zneužívání

3 Psychologické týrání

8 Jiný syndrom týrání Smíšené formy

9 Syndrom týrání, NS

První polovina třetí kapitoly je věnovaná diagnostice násilí. Další část bakalářské práce se zabývá možnostmi pomoci týraným seniorům.

3.5 Možnosti řešení

V první fázi pomoci oběti je doporučeno přerušení kontaktu s agresorem a navrhnutí hospitalizace týraného. Po zlepšení zdravotního stavu oběti je další možností umístění seniora do sociálního zařízení krizové akutní intervence. Řešením dané situace je pomoc a podpora přetížené stresované rodiny. Ne vždy je kriminalizace pachatele řešením dané situace, také dle literatury se tento postup nedoporučuje. Pomoc musí obsahovat poradenství v sociální sféře s nutností doplnění a poskytnutí všech možných informací, které se týkají dané problematiky. Dále by měla být nabídnutá možnost respitní péče, která je ve formě komunitní a institucionální. Toto řešení je zvláště vhodné v případech konfliktů se závažně hendikepovaným, dementním pacientem, důležitá je i kontrola pachatele. Z dlouhodobého hlediska je rozhodující zdravotně sociální poradenství, spolupráce zdravotníků se sociálními pracovníky na komunitní úrovni a dispenzarizace ohrožené osoby i dysfunkční rodiny (Kalvach, 2008, s.359.).

Ve zdravotnických zařízeních je řešením dostatečný počet personálu, který je vzdělaný, edukovaný, má psychologickou podporu a na daném pracovišti je možnost supervizora.

Stále více rozšířenou pomocí pro seniory a hendikepované jsou dobrovolnická hnutí. Dobrovolníci navštěvují nemocnice, ústavy a další sociální zařízení a mohou jako nezávislí pozorovatelé hodnotit péči a upozornit na nedostatky. Případně pomoci při řešení situace.

Organizace, které pomáhají lidem se stejným problémem a zakládají tzv. svépomocné skupiny jsou v České republice také velmi rozšířené. Nejznámější je Česká alzheimerovská společnost. Pomáhá lidem, kteří trpí tímto onemocněním, ale také rodinám a blízkým. Ti jsou obvykle při této náročné péči velice přetíženi a je zde nebezpečí, že by mohlo dojít k možnému zanedbávání péče a týrání.

K řešení a předcházení tohoto problému je zde, jako i v jiných problémech důležitá prevence. Je rozdělena do třech skupin. Primární prevencí je v tomto případě myšlená výchova a ovlivnění společnosti. K sekundární prevenci můžeme přiřadit depistáž a práci s rizikovými rodinami včetně rodin pečujících o dementní klienty. V neposlední řadě terciární prevence, ta se zaměřuje na již diagnostikované nevhodné zacházení se seniorem a recidivy těchto činů.

Seniorům se v rámci prevence týrání a zanedbávání doporučuje několik rad:

- Udržujte neustálý kontakt s přáteli, sousedy a známými
- V případě podezření na možné týrání využijte služeb linek tísňové péče
- Před převodem rodinného majetku se poraďte s právníkem
- Trvejte na svém právu, že lékař, pečovatelky a ošetřovatelky musí vstupovat do bytu
- Trvejte na dodržování vašeho soukromí v bytě i v ústavu
- O svých záležitostech máte právo rozhodovat sami, máte právo na informace
- Vytvořte si bezpečnostní plán. V klidu si promyslete co uděláte v případě napadení

Bezpečnostní plán obsahuje informace o tom komu senior důvěřuje a u koho si nechá náhradní klíče od bytu, oblečení, lékařské dokumenty a peněžní obnos. V případě napadení je velmi důležité zachovat důkazy o fyzickém násilí. Uschovat poškozené, roztrhané oblečení, pořídit fotografickou dokumentaci modřin a poranění. Zajistit si svědky události. Poškozený by měl informovat někoho komu důvěřuje o tom co se děje u něj doma, nebo v ústavu. Dále pak mít připraveny telefonní čísla přátel, příbuzných, policie a azylového domu. Mít informace o nejbližším pečovatelském centru, nebo azylovém domě, kde se o seniora v případě potřeby postarají [www.zivot90.cz].

3.6 Kam se senior může obrátit o pomoc

V naší republice se týraný senior může s žádostí o pomoc obrátit na některou z linek důvěry, využít pomoci policie a krizových center.

- Policie ČR tel. (158)
- Městská policie tel. (156)
- Záchránná služba tel.(155)
- Univerzální linka tísňového volání v zemích EU tel. (112)
- Nonstop Senior telefon (800 157 157)
- DONA_nonstop tel.(251 511 313)
- RIAPS nonstop tel. (222 580 697)
- ELPIDA bezplatná linka Po-Pá od 8 do 20 hod tel.(800 200 007)
- Bílý kruh bezpečí nonstop tel. (257 317 110)
- Centrum krizové intervence nonstop tel. (284 016 666)

ŽIVOT 90 je občanské sdružení, které se zabývá od roku 1990 službami pro seniory. Jeho posláním je „Jsme tu proto, abychom prohlubovali kvalitu života celé společnosti tím, že přispějeme svou humanitární činností k řešení specifických problémů seniorů, umožnili jim aktivně a smysluplně žít v jejich vlastním domově tak dlouho, jak je to jen možné, abychom provázeli seniory podzimem života tak, aby i jejich stáří plynulo důstojně“[www.zivot90.cz].

Senioři se mohou se svými dotazy obracet na tuto organizaci osobně, písemně, nebo pomocí telefonní linky Senior telefon. Tato organizace má po celé České republice několik poboček. Zkušenosti a poznatky v problematice týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů vyplývají z dvacetileté praxe provozu krizové linky a tísňové péče.

Na krizové telefonní lince SENIOR TELEFON je vedená evidence případů zneužívání starých lidí, kteří nejsou schopni vlastními silami zvládnout svůj životní prožitek nebo životní situaci. V roce 2008 bylo přijato 12 009 hovorů. Z toho ve 195 případech telefonátů volající projevovali suicidální úmysl, ve 200 hovorech se jednalo o zneužívání/týrání, 181 x bylo hlášeno domácí násilí. Ve 195 případech suicidálního úmyslu bylo v 86 případech suicidum v hovoru letmo zmíněno, 69 volajících naznačilo tendence k tomuto činu, 38

volajících mělo výrazné tendence a 2 volající suicidální pokus započali. Výhodou krizové linky je anonymita, která chrání volajícího.

Organizace dále pomáhá sociální službou a dalším odborným poradenstvím pro seniory a jejich blízké. Poskytuje sociální poradenství, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, vykonává sociálně terapeutickou činnost a nabízí pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů [www.život90.cz].

Bílý kruh bezpečí založený v roce 1991 je občanské sdružení se sedmi pobočkami po celé České republice. Poskytuje bezplatnou, odbornou a diskrétní pomoc obětem a svědkům trestných činů, včetně morální a emocionální podpory. Podílí se na prevenci kriminality, usiluje o zlepšení práv a postavení poškozených v trestním řízení. Pomoc je poskytnuta bezplatně, jedná se o přímý kontakt s právníkem a odborníkem na psychologickou pomoc. Služba je poskytována 180-ti dobrovolníky.

Součástí pomoci pro oběti násilí je nonstop telefonická linka DONA. V roce 2008 bylo zaznamenáno 4090 telefonátů. V 1848 telefonátech volající řešili problematiku domácího násilí formou konzultace. Na tuto linku se obrací s dotazy i široká laická a odborná veřejnost. Volají a konzultují své případy zde sociální pracovníci veřejné správy, intervenční centra a policisté řešící aktuální problém násilí. Dle lokalit nejčastěji jsou dotazující z Prahy, Brna a Ostravy.

Bílý kruh bezpečí pořádá přednášky pro širokou a odbornou veřejnost, výcviky a semináře. Vydává také velké množství brožur, letáků a tiskovin. Spolupracuje s médii a nevládními organizacemi.

V roce 2009 bylo v České republice prostřednictvím center evidováno 819 osob, které vyhledaly odbornou pomoc. Ve věku nad šedesát let to bylo 122 osob. Z celého počtu bylo 214 osob obětí domácího násilí. Ze všech případů bylo řešeno jako týrání osoby žijící ve společně obývaném obydlí 186 případů [www.bkb.cz].

Dále pak může senior žádat o pomoc v krizových centrech, u organizací zaměřených na pomoc seniorům, u organizací pomáhající osobám ohroženým domácím násilím, na městském či obecním úřadě, v léčebných zařízeních, azylových domech, pečovatelských domech, domovech důchodců a penzionech pro důchodce.

3.7 Dokumenty k zajištění ochrany seniorů

Evropská unie řadí mezi nejvýznamnější dokumenty, které se zabývají právem seniorů a jejich sociální ochranou **Evropskou sociální chartu** z roku 1964, který je dokumentem Rady Evropy. Charta klade důraz na aktivní účast seniorů na životě společnosti. Dále se zasazuje o právo seniora na nezávislý život ve známém prostředí a právo na zachování základních práv pro seniora žijícího v ústavu. K chartě byl přijat dodatek v roce 1988, v jehož článku č.4 je zakotveno právo starých občanů na sociální ochranu. Na tento dokument navazuje **Charta základních práv EU** z roku 2000, kde v článku č. 25 nazvaném Práva seniorů je kladen důraz na důstojnost, nezávislost a účast na společenském a kulturním životě, tedy na prostředky k zajištění rovnosti příležitosti seniorů.

OSN přijala tyto dokumenty:

Vídeňský mezinárodní akční plán

Tento dokument byl schválen Valným shromážděním OSN roku 1982. Stal se prvním mezinárodním plánem, který mění pohled na problematiku stárnutí a ovlivňuje politiku jednotlivých zemí. Jeho cílem je posílit schopnosti státu a společnosti účinně řešit problematiku stárnutí populace. Využívat potencionálu senioru a reagovat na jejich potřeby. Podporuje regionální a mezinárodní spolupráci. Obsahuje 62 doporučení pro jednotlivé kroky, které umožní výzkum, sběr dat a jejich analýzu, vzdělání. Dále klade důraz na zdraví a výživu, ochranu starších konzumentů, bydlení a životní prostředí, rodinu, sociální zabezpečení, zabezpečení příjmu a zaměstnání, vzdělávání.

Zásady OSN pro seniory

Zásady OSN pro seniory byly přijaty Valným shromážděním OSN (rezoluce 46/91) dne 16. prosince 1991. Vlády byly vyzývány k tomu, aby zásady schválené OSN včlenily do svých národních programů. Celkem 18 zásad je seskupeno do 5 oblastí vztahujících se k postavení seniorů: nezávislosti, zapojení do společnosti, péče, seberealizace, důstojnost.

Národní program přípravy na stárnutí

Usnesením vlády ze dne 9.ledna 2008 byl schválen Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012. Stanovuje cíle a opatření, která je potřeba přijmout v oblastech stárnutí a sociálních změn. Hlavním cílem, na který je potřeba se zaměřit v následujícím období je:

- Aktivní stárnutí
- Prostředí a komunita vstřícná ke stáří
- Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří
- Podpora rodiny a pečovatelů
- Podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv

[www.mpsv.cz]

Evropská charta práv a svobod starších občanů

V roce 1966 vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí Francie Chartu práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby.

Tento dokument popisuje možnosti života a volby postiženého občana. Obecné zásady se týkají svobody volby způsobu života občana se sníženou soběstačností a prostředí ve kterém žije. Možnost podílení se na společenském životě a zachovat si své dosavadní aktivity. Volnost komunikace s okolím. Důležitá je pro tyto občany vazba na rodinu, přátele a příbuzné. Právo ponechat si svůj movitý a nemovitý majetek mají všechny osoby s nezměněnou soběstačností. Služby, které jsou těmto lidem poskytnuty mají být na vysoké úrovni a pečující personál by měl být vzdělaný v gerontologii. Tento dokument dále obsahuje ustanovení o účtě konce života. Klade důraz na dodržování všech právních aspektů ochrany občanů.

Evropská charta pacientů seniorů

Tento právně závazný dokument je z roku 1977. Cílem jeho ochrany jsou práva nejstarších obyvatel ve zdravotnických zařízeních. Zaměřuje se na dodržování nároků

kvalitní zdravotní péče, poskytování informací o zdravotním stavu. Dodržování partnerského vztahu se zdravotníky a možnosti rozhodnutí o dalších postupech léčby. Dále charta zahrnuje problematiku zdravotní, rehabilitační, možnosti propuštění ze zdravotnického zařízení, oblast farmaceutickou a oblast sociální pomoci.

Podkapitolou „3.7 Dokumenty k zajištění ochrany seniorů“, končí teoretická část bakalářské práce. Svým obsahem přiblížila a popsala problematiku násilí na seniorech. Zmapovala možnosti řešení a pomoci. Domnívám se, že cíle teoretické části bakalářské práce byly splněny. Následující část práce je výzkumná.

4. EMPIRICKÁ ČÁST

Týrání seniorů je velký společenský problém, který se dostává do povědomí laické i odborné veřejnosti. Je zapotřebí se touto velmi závažnou problematikou zabývat. Sami zdravotníci neví, jak postupovat při setkání s týraným seniorem, nebo s podezřením na týrání. Stále v nás převládá strach a obava. Druhou stranou mince je obava starých lidí z důsledků, které by mohly nastat v případě, že se se svým problémem svěří. Pro většinu seniorů je nejvýraznější překážkou stud za danou situaci.

Tato práce se zaměřuje na pohled profese zdravotní sestra, ošetrovatel/ka, sanitář/ka na násilí na seniorech. Nezabývá se pohledem samotných seniorů na tuto problematiku. Dále se nedotazuje na postoje a vědomosti rodinných příslušníků, lékařů a sociálních pracovníků k této otázce. Samotný dotazník se nezaměřuje na znalosti právních aspektů násilí. Práce není postavena na dotazování sociálních pracovníků, studiu dokumentace a popisování jednotlivých kasuistik.

CÍLE A PŘEDPOKLADY

Cíle

Zjistit míru informovanosti zdravotníků-respondentů o známkách týrání seniorů

Zjistit, zda respondenti znají projevy zneužívání seniorů

Zjistit, zda respondenti vědí jak postupovat v případě podezření na týrání seniora

Zjistit, zda se respondenti setkali s týraným seniorem a případné rozdíly opovědi oproti respondentům, kteří se s týraným seniorem nesetkali.

Předpoklady

Předpokládám, že respondenti mají dostatek informací vědomostí o známkách týrání seniorů

Předpokládám, že respondenti rozpoznají projevy zneužívání seniorů

Předpokládám, že respondenti vědí na koho a kam se obrátit v případě zjištění, že pečují o potenciálně týraného seniora

Předpokládám, že někteří respondenti se setkali s týraným seniorem a jejich odpovědi budou rozdílné oproti těm, kteří se s týraným seniorem nesetkali.

4.1 Metodika a zkoumaný soubor

Použitá metoda

Na základě získaných teoretických poznatků a cílů šetření byl sestaven pro respondenty dotazník, který je anonymní. Určen byl zdravotníkům, tj. sestráům, ošetrovatelkám, sanitárkám. Dotazník je soubor standardizovaných otázek. Výhoda dotazníkového šetření spočívá v jednoznačné formulaci otázek, kterou neovlivňují emoce dotazovaného, možnost hromadného a počítačového zpracování. Nevýhoda dotazníkové metody spočívá v nemožnosti opravit odpovědi, doplnit, nebo zpřesnit údaje a v neposlední řadě existuje riziko, že respondent neporozumí položeným otázkám, nebo odpoví záměrně mylně (Bartlová 2005). Dotazník obsahoval 25 otázek, 23 otázek bylo uzavřených, 2 polouzavřené (příloha č. 3).

Zkoumaný soubor

Průzkum proběhl ve Fakultní nemocnici v Ostravě – Porubě na interní a chirurgické klinice, v psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě na gerontopsychiatrickém oddělení v období od 7. prosince 2009 až 15. ledna 2010. Zdravotníci vyplňovali dotazník na odděleních za mé nepřítomnosti, po vyplnění vložili dotazník do obálky. Kontaktními osobami byly vrchní sestry. Všechny oslovené vrchní sestry včetně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči mi maximálně vyšly vstříc. Celkově bylo rozdáno 90 dotazníků, vrátilo se 70 dotazníků, tedy 77,78%. Tři dotazníky musely být vyřazeny z důvodu nesprávného a nečitelného vyplnění, celkem bylo do šetření zahrnuto 67 dotazníků, tj. 74,44%

Ze 67 zahrnutých respondentů bylo 62 žena 5 mužů. Více než polovina respondentů (36 tj. 53,73%) byla ve věku do 35-ti let, 24 respondentů (35,82%) bylo ve věku 36 - 50 let a 7 respondentů (10,45%) ve věku nad 51 let. Nejvíce respondentů bylo z oddělení Gerontopsychiatrie 30, dále 20 respondentů z interního oddělení a 17 respondentů z chirurgického oddělení. Nejvíce zastoupenou skupinu tvořily zdravotní sestry (48 respondentů tj. 71,64%), výrazně byla zastoupena profese sanitář/sanitárka (16 respondentů tj. 23,88%) a nejméně pak ošetrovatelé v počtu 3 respondentů (4,48%). Různá byla i délka praxe, kterou měli jednotliví respondenti. 43 respondentů uvedlo praxi do 10-ti let, 15 respondentů mělo praxi mezi 11-ti až 20-ti lety a celkem 9 pracovníků uvedlo praxi

delší než 21 let. Uvedené údaje jsou přehledně zpracovány v tabulkách číslo 1 – 5 viz. příloha č. 4.

4.2 Vyhodnocení

Celkové výsledky jsou rozdělené dle metodiky průzkumu. Statistické zpracování dotazníků provedla RNDR. E. Čermáková, oddělení výpočetní techniky LF UK v Hradci Králové. Pro přehlednost a názornost jsou uvedeny všechny výsledky průzkumu v tabulkách nebo grafech. Zjištěná data jsou shromážděna v tabulkách četností. Ke zpracování dat byl použit program MS Excel.

Symbolika použitá v tabulkách:

Celkový počet respondentů daného souboru	n
Absolutní četnost	n_i
Relativní četnost v %	%
Pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec	$f_i = n_i / n \cdot 100$
Celková četnost	Σ

Poznámka: hodnoty relativních četností jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

Celkový počet respondentů	n	67
Počet respondentů na interní klinice		20
Počet respondentů na chirurgické klinice		17
Počet respondentů na gerontopsychiatrii		30

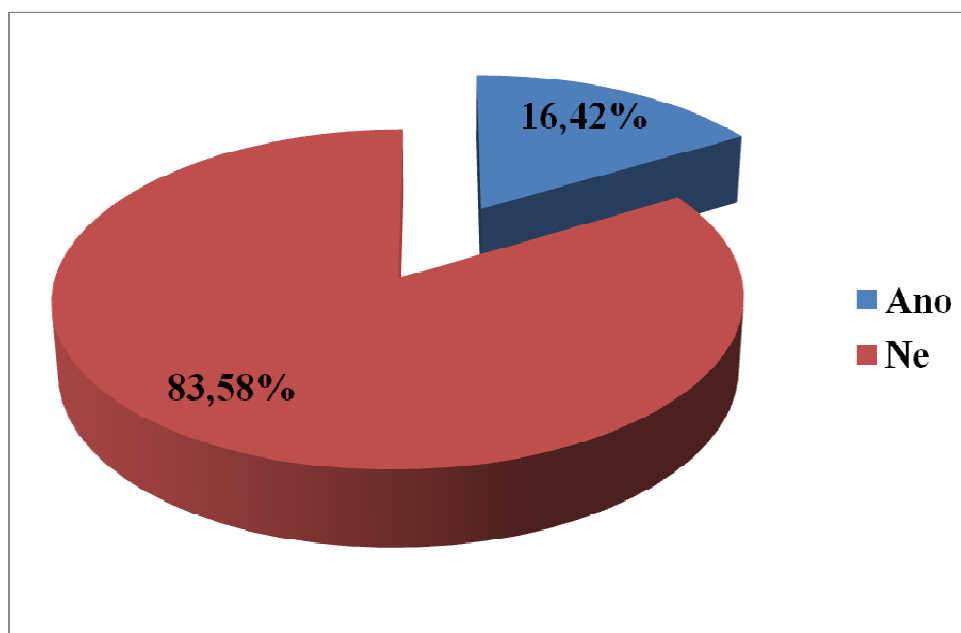
Základní vyhodnocení dotazníku

Tabulka č. 1 – 5 Zkoumaný vzorek respondentů viz. příloha č. 4

Tabulka č. 6 Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem?

	Ano	Ne	Σ
n_i	11	56	67
%	16,42	83,58	100,00

Graf č. 1 Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem?



Komentář: 16,42% respondentů se s týraným seniorem setkalo, 83,58% nikoli.

Tabulka č. 7 Dá se říci ,že staří lidé jsou častěji týráni, než děti?

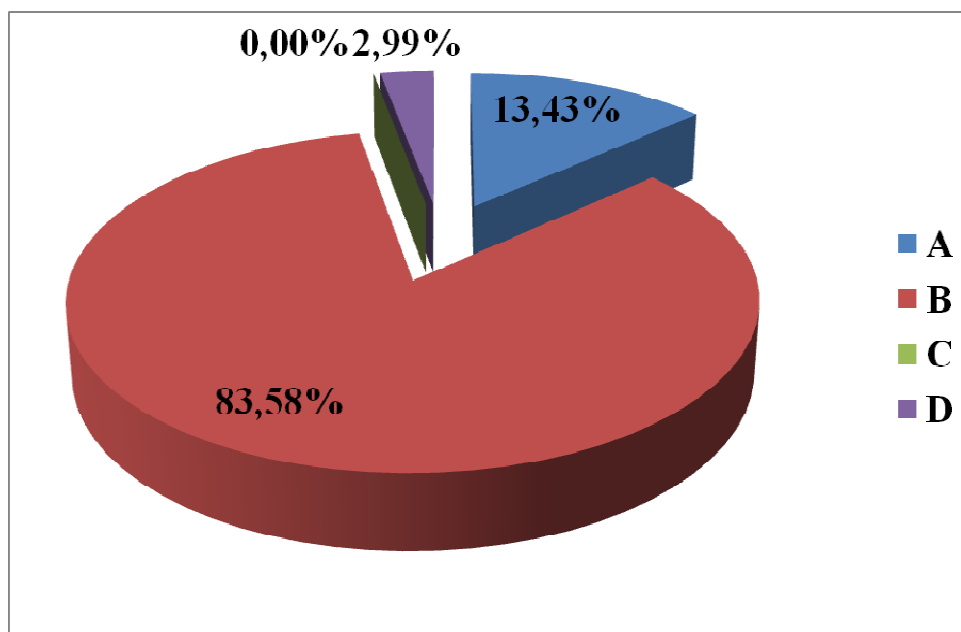
	Ano	Nedokáži posoudit	Ne	Σ
n_i	6	44	17	67
%	8,96	65,67	25,37	100,00

Komentář: 8,96% respondentů si myslí, že senioři jsou častěji týráni než děti; 65,67% nedokáže posoudit, zda je týrání seniorů častější a 25,37% uvádí, že týrání seniorů není častější, než-li týrání dětí.

Tabulka č. 8 Týraný senior je nejčastěji obětí:

	A	B	C	D	Σ
n_i	9	56	–	2	67
%	13,43	83,58	–	2,99	100,00

Graf č. 2 Týraný senior je nejčastěji obětí:



A: Manžel/manželka

B: Blízké rodiny

C: Zdravotníků

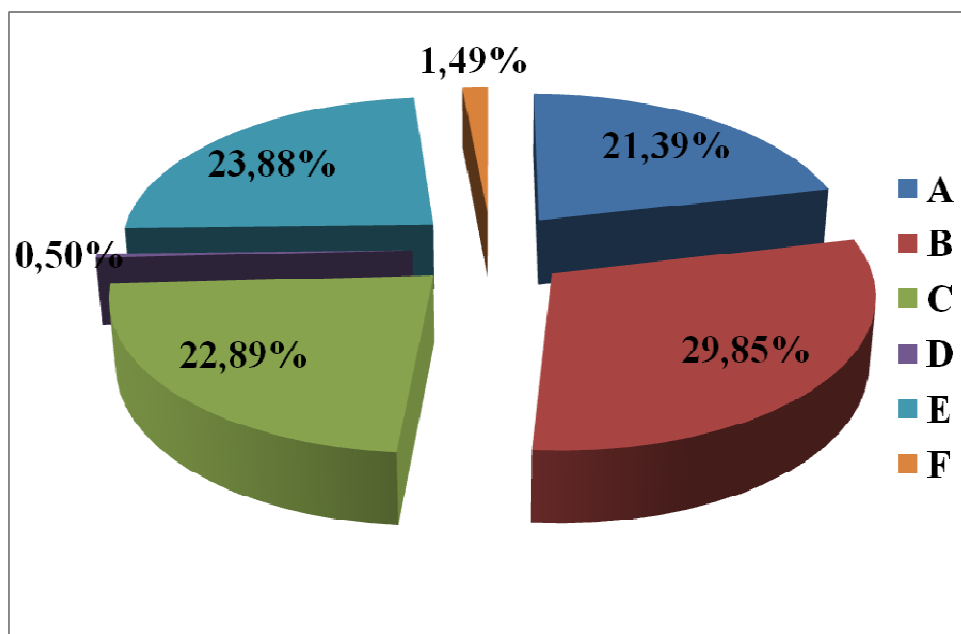
D: Sociálních pracovníků

Komentář: 13,43% respondentů uvádí, že nejčastějším agresorem je partner seniora; 83,58% respondentů odpovědělo, že se jedná nejčastěji o jiného rodinného příslušníka; zajímavá je odpověď 2,99% respondentů, kteří uvedli, že agresorem jsou sociální pracovníci. Z čeho pramení, toto přesvědčení? Z vlastní zkušenosti jako pracovníka, anebo rodinného příslušníka?

Tabulka č. 9 Vyberte tři nejčastější formy týrání seniorů

	A	B	C	D	E	F	Σ
n_i	43	60	46	1	48	3	201
%	64,18	89,55	68,66	1,49	71,64	4,48	300,00

Graf č. 3 Vyberte tři nejčastější formy týrání seniorů



A: Tělesné

B: Psychické a citové

C: Finanční a materiální

D: Sexuální

E: Zanedbání péče

F: Zanedbání sebe sama

Komentář: Respondenti měli na výběr tři možnosti a z toho vyšlo i zpracování této položky. 89,55% všech pracovníků (60 respondentů) vybralo jako jednu z nejčastějších forem týrání seniorů týrání emoční a psychické. 71,64% respondentů zvolilo zanedbávání péče. 68,66% vybralo finanční a materiální týrání. Čtvrtou nejčastější formou týrání je dle zdravotnických pracovníků tělesné týrání (64,18%). Zanedbání sama sebe uvedlo 4,48% v jednom případě (1,49%) respondent uvedl i sexuální týrání.

Tabulka č.10 Dle vaší zkušeností, má vzdělání pečující osoby vliv na kvalitu péče o seniora?

	Ano	Ne	Σ
n_i	14	53	67
%	20,90	79,10	100,00

Komentář: 79,10% respondentů uvedlo, že vzdělání nemá vliv na péči o seniora; 20,90% si myslí, že vzdělání má na péči o seniora vliv.

Tabulka č. 11 Myslíte si, že finanční zázemí pečující osoby ovlivňuje kvalitu péče o seniora?

	Ano	Ne	Σ
n_i	40	27	67
%	59,70	40,30	100,00

Komentář: 59,70% respondentů uvedlo, že finanční situace může mít vliv na péči o seniora; 40,30% uvedlo, že nikoliv. Odpověď odráží obecný názor a snahu lidí pečovat o své blízké, ale finanční situace jim toto neumožňuje.

Tabulka č. 12 Myslíte si, že věřící lidé pečují o seniora pečlivěji?

	Ano	Ne	Σ
n_i	33	34	67
%	49,25	50,75	100,00

Komentář: Nejtěsnější většina respondentů - 50,75% uvádí, že věřící nemusí poskytovat kvalitnější péči, než-li nevěřící, což uvedlo 49,25% respondentů

Tabulka č. 13 Myslíte si, že na vesnici je méně týraných seniorů než ve městě?

	Ano	Ne	Σ
n_i	38	29	67
%	56,72	43,28	100,00

Komentář: Větší polovina respondentů 56,72% si myslí, že je na vesnici méně týraných seniorů, oproti městu; 43,28% respondentů se přiklonilo k názoru, že na vesnici je více týraných seniorů než ve městě.

Tabulka č. 14 Jsou ve vaší nemocnici vypracovány standardy týkající se týrání senioru (domácího násilí) ?

	Ano	Ne	Nevím	Σ
n_i	16	18	33	67
%	23,88	26,87	49,25	100,00

Komentář: 23,88% respondentů uvedlo, že jsou v jejich zařízení vypracovány standardy k týrání seniorů nebo k problematice domácího násilí; 26,87% uvádí, že nejsou standardy vypracovány a 49,25%, což je téměř polovina respondentů vůbec neví, zda jejich zařízení tyto standardy má. Z toho vyplývá otázka, proč tuto důležitou informaci neví. Nezajímají se o tuto problematiku? Nesetkali se s týraným seniorem, proto nemají motivaci něco zjišťovat? Nepodávají vedoucí pracovníci informace?

Tabulka č. 15 Máte dostatek vědomostí a zkušeností k tomu, abyste mohl/a označit danou osobu za týraného seniora?

	Ano	Ne	Σ
n_i	35	32	67
%	52,24	47,76	100,00

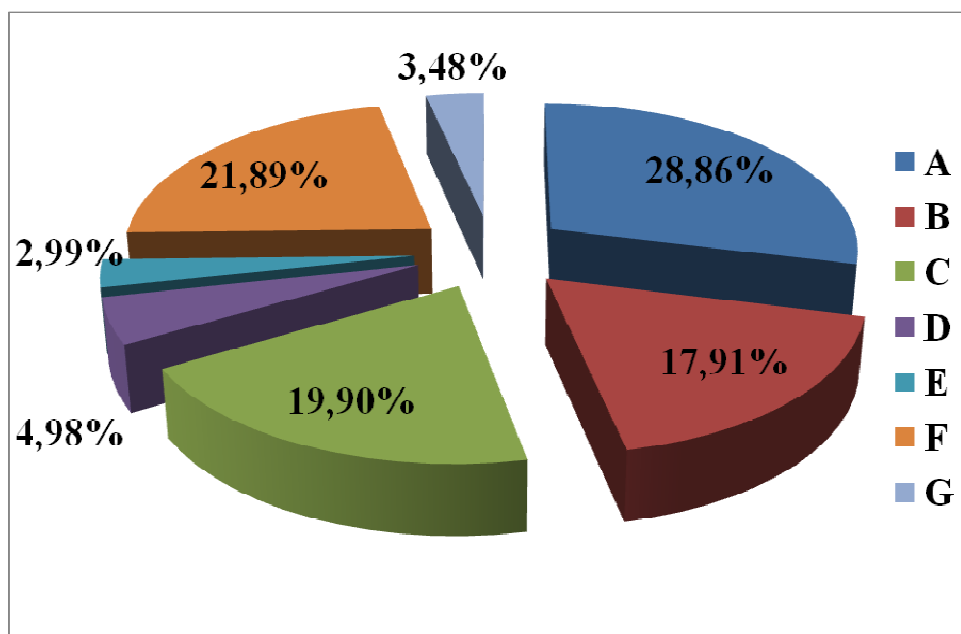
Komentář: Z odpovědí vyplynulo, že 52,24% respondentů si myslí, že má dostatek vědomostí a zkušeností, k tomu, aby dokázali poznat, zda se jedná o týraného seniora,

naproti tomu je 47,76% respondentů, kteří tyto informace nemají. Obě skupiny jsou početně vyrovnané. Vliv může mít délka praxe, vzdělání a věk respondentů.

Tabulka č. 16 Podle čeho poznáte, že se jedná o týraného seniora?

	A	B	C	D	E	F	G	Σ
n_i	58	36	40	10	6	44	7	201
%	86,57	53,73	59,70	14,93	8,96	65,67	10,45	300,00

Graf č. 4 Podle čeho poznáte, že se jedná o týraného seniora?



- A: Mnohočetné podlitiny na těle
- B: Velmi hubený senior – senior, který má hlad
- C: Senior, který oznámí slovně, že je obětí týrání
- D: Nedostatek finančních prostředků
- E: Velký nepořádek v domácnosti
- F: Špinavý a zanedbaný zevnějšek
- G: Další, uveďte.....

Komentář: Respondenti měli možnost vybrat si maximálně tři možnosti, této volby využili všichni, celkový počet odpovědí je tedy 201. 86,57% respondentů myslí, že známkami týrání jsou mnohočetné podlitiny na těle, 65,67% uvedlo zanedbaný, špinavý

senior, 59,7% uvedlo, že senior oznámil své týrání sám, následovala odpověď velmi hubený senior – hladový senior v 53,73%; nedostatek finančních prostředků uvedlo 14,93% respondentů; 10,45% uvedlo jiné známky: neadekvátní obranná reakce, uzavírání se do sebe, obavy, bázlivé chování. 8,96% uvedlo velký nepořádek v domácnosti.

Tabulka č. 17 Byl personál Vašeho zařízení školen v posledních třech letech o problematice domácího násilí?

	A	B	C	D	Σ
n_i	11	–	–	56	67
%	16,42	–	–	83,58	100,00

A: Ano – školení probíhá v kratších intervalech než tři roky

B: Ano – školení probíhá v delších intervalech než tři roky

C: Ano – ale já jsem o školení neměl (a) zájem

D: Ne

Komentář: 16,42% respondentů uvádí, že personál jejich zařízení byl školen o problematice domácího násilí. 83,58% respondentů naopak uvádí, že personál školen nebyl.

Tabulka č. 18 Jestliže má zdravotnický personál podezření na týrání, je forenzní fotografie součástí dokumentace?

	Ano vždy	Ne	Jen někdy	Σ
n_i	20	17	30	67
%	29,85	25,37	44,78	100,00

Komentář: 29,85% respondentů odpovědělo, že součástí dokumentace musí být vždy forenzní fotografie; 25,37% uvedlo nikoliv; a nejpočetnější skupinu tvořili respondenti, kteří jsou přesvědčeni, že forenzní fotografie je součástí dokumentace jen někdy – 44,78%.

Tabulka č. 19 Myslíte si, že k tomu, abyste mohl(a) oznámit podezření na týrání, potřebujete souhlas seniora?

	Ano	Ne	Nevím	Σ
n_i	6	49	12	67
%	8,95	73,14	17,91	100,00

Komentář: 8,95% respondentů si myslí, že potřebuje souhlas seniora k tomu, aby ohlásili týrání; 73,14% uvedlo, že není zapotřebí souhlasu seniora a 17,91% uvedlo, že neví.

Tabulka č. 20 Koho budete informovat o týraném senioru?

	A	B	C	Σ
n_i	51	12	4	67
%	76,12	17,91	5,97	100,00

A: Nadřízenou – staniční nebo vrchní sestru

B: Sociální pracovníci

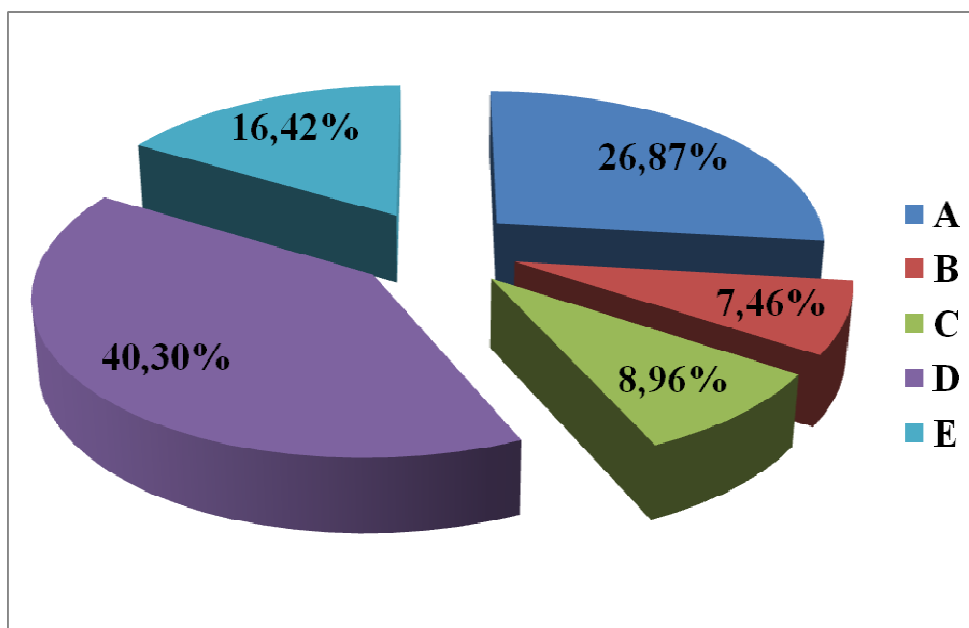
C: Policii ČR

Komentář: Nejčastěji uváděnou kontaktní osobou je v 76,12% nadřízený tj. staniční nebo vrchní sestra, za ní následuje sociální pracovníci v 17,91%, na posledním místě ve 5,97% by se dotazovaní obrátili přímo na policii.

Tabulka č. 21 Jak se nejčastěji řeší problém zneužívaného seniora dle vaší zkušenosti?

	A	B	C	D	E	Σ
n_i	18	5	6	27	11	67
%	26,86	7,46	8,96	40,30	16,42	100,00

Graf č. 5 Jak se nejčastěji řeší problém zneužívaného seniora dle vaší zkušenosti?



A: Zneužívaný senior je umístěn do LDN

B: Zneužívaný senior je přijat k hospitalizaci v nemocnici

C: Agresor je vykázán z bytu seniora

D: Seniora dostane do péče sociální pracovník

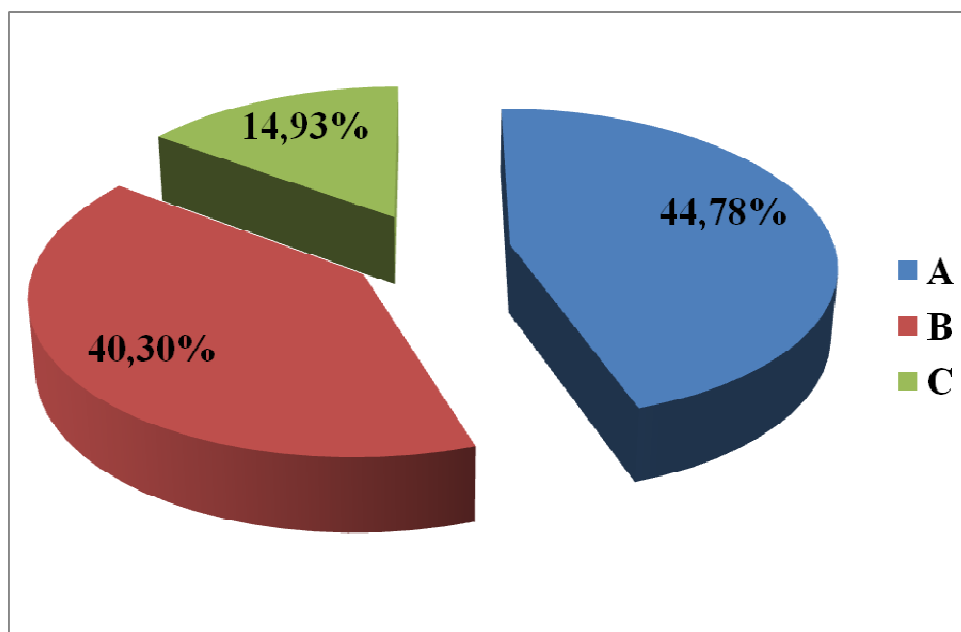
E: Problém se neřeší – vyčkává se

Komentář: respondenti uvedli ve 40,3%, že seniora dostane do péče sociální pracovník; ve 26,86% je přijat do LDN; přijetí do zdravotnického zařízení uvedlo 7,46% dotazovaných; v 8,96% je agresor vykázán; 16,42% uvedlo problém se neřeší a vyčkává se, což může svědčit o obavě kompetentních pracovníků problém řešit, anebo zjišťovat více informací.

Tabulka č. 22 Jakou reakci budete očekávat, když nahlásíte zneužití?

	A	B	C	Σ
n_i	30	27	10	67
%	44,77	40,30	14,93	100,00

Graf č. 6 Jakou reakci budete očekávat, když nahlásíte zneužití?



A: Hlášení o týrání seniora agresora rozzuří

B: Rodina týraného bude předpokládat, že jsem ta/ten, kdo zneužití nahlásil

C: Pokud nahlásím případ týraného seniora, můj vztah s pacientem bude zničen

Komentář: 44,77% respondentů uvedlo, že oznámení týrání seniora agresora rozzuří; 40,30% dotazovaných uvedlo, že to budou oni, koho rodina bude považovat za osobu, která týrání nahlásila. Zde vyvstává otázka, zda sami zdravotníci nemají obavu z prozrazení, kdo týrání nahlásil. 14,93% zdravotníků má obavu ze ztráty vztahu se seniorem, pokud své podezření pojmenuje a nahlásí.

Tabulka č. 23 Má vaše nemocnice vyčleněného člověka, který se věnuje obětem násilí?

	Ano	Ne	Nevím	Σ
n_i	6	19	42	67
%	8,96	28,36	62,69	100,00

Komentář: Pouhých 8,96% respondentů ví o kontaktní osobě, která se v jejich zdravotnickém zařízení věnuje obětem násilí; 28,36% respondentů uvedlo, že ve svém zařízení kontaktní osobu nemají a největší počet dotazovaných – 64,18% neví, zda jejich zařízení má člověka, který se věnuje obětem násilí.

Tabulka č. 24 Má vaše nemocnice vypracovaný program pomoci obětem násilí?

	Ano	Ne	Nevím	Σ
n_i	5	18	44	67
%	7,46	26,87	65,67	100,00

Komentář: 7,46% respondentů uvedlo, že v jejich zařízení je vypracován program pomoci obětem násilí; 26,87% uvedlo, že ve svém zařízení žádný program nemají; největší skupinu respondentů tvořili ti, kteří nevěděli, jestli podobný program v jejich zařízení existuje – 65,67%. Toto číslo je alarmující, neboť svědčí o špatné informovanosti, anebo o samotném nezájmu ze strany respondentů

Tabulka č. 25 Existuje spolupráce mezi ostatními nemocnicemi v oblasti týraných a zneužívaných osob?

	Ano	Ne	Nevím	Σ
n_i	7	6	54	67
%	10,45	8,96	80,59	100,00

Komentář: 10,45% respondentů uvedlo, že existuje vzájemná spolupráce mezi nemocnicemi; 8,98% dotazovaných uvedlo, že neexistuje vzájemná spolupráce a zbývajících 80,59% respondentů neví zda existuje spolupráci mezi zařízeními.

Další vyhodnocení získaných dat

Tabulka č. 26 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle pohlaví respondentů.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Pohlaví	Ano	Ne	Σ
Žena	11	51	62
Muž	0	5	5
Celkem	11	56	67

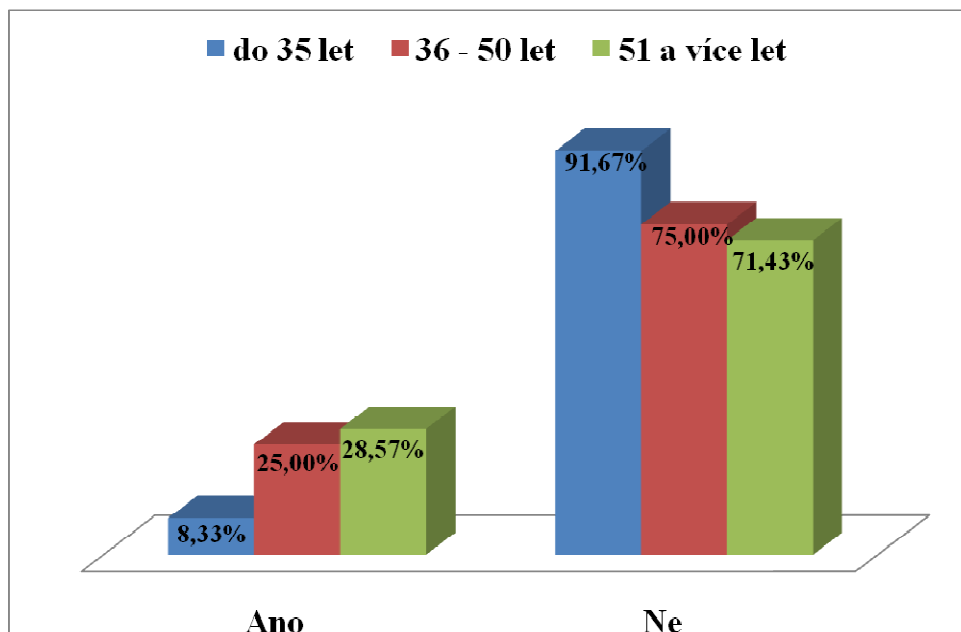
Komentář: Všichni respondenti, kteří se již dříve setkali s týraným seniorem, byly ženy.

Tabulka č. 27 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle věku respondentů.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Věk	Ano	Ne	Σ
Do 35 let	3	33	36
36 - 50 let	6	18	24
51 a více let	2	5	7
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Věk	Ano	Ne	Σ
Do 35 let	8,33%	91,67%	100,00%
36 - 50 let	25,00%	75,00%	100,00%
51 a více let	28,57%	71,43%	100,00%
Celkem	16,42%	83,58%	100,00%

Graf č. 7 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle věku respondentů.



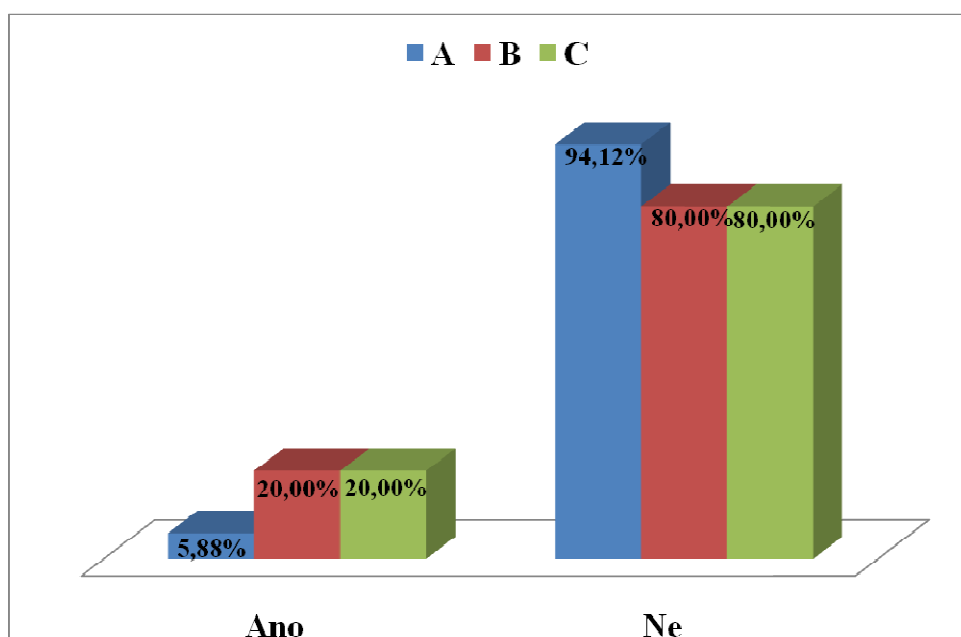
Komentář: Ve věkové skupině nad 51 let se 28,57% respondentů setkala s týraným seniorem, v těsném závěsu je věková skupina 36 – 50 let kde se s týraným seniorem setkává každý čtvrtý respondent (25%). Ve věkové skupině do 35 let se setkává s týraným seniorem 8,33% respondentů.

Tabulka č. 28 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle pracoviště respondentů.

Pracoviště	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem?		
	(počet)		
	Ano	Ne	Σ
A	1	16	17
B	4	16	20
C	6	24	30
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Pracoviště	Ano	Ne	Σ
A	5,88%	94,12%	100,00%
B	20,00%	80,00%	100,00%
C	20,00%	80,00%	100,00%
Celkem	16,42%	83,58%	100,00%

Graf č. 8 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle pracoviště respondentů.



A: Interní klinika

B: Chirurgická klinika

C: Gerontopsychiatrie

Komentář: Nejčastěji se s týraným seniorem setkají pracovníci chirurgické kliniky a gerontopsychiatrie (20%). Nejméně často pak pracovníci interní kliniky v 5,88%.

Tabulka č. 29 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle pracovního zařazení respondentů.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Pracovní zařazení	Ano	Ne	Σ
Sestra	11	37	48
Ošetřovatel(a)	0	3	3
Sanitář(ka)	0	16	16
Celkem	11	56	67

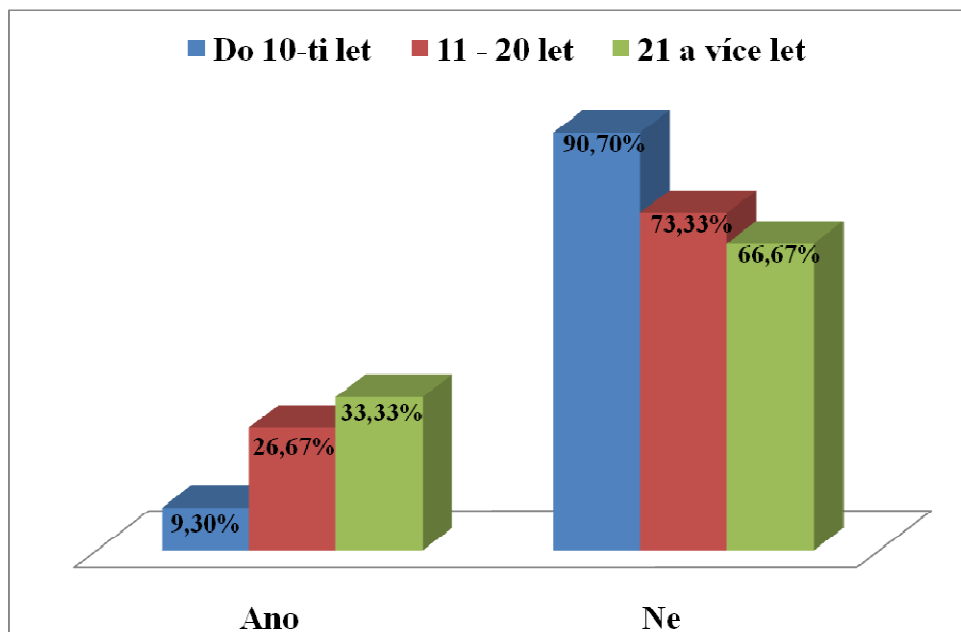
Komentář: Ve všech případech se s týraným seniorem setkaly zdravotní sestry.

Tabulka č. 30 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle délky praxe respondentů.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Délka praxe	Ano	Ne	Σ
Do 10-ti let	4	39	43
11 - 20 let	4	11	15
21 a více let	3	6	9
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Délka praxe	Ano	Ne	Σ
Do 10-ti let	9,30%	90,70%	100,00%
11 - 20 let	26,67%	73,33%	100,00%
21 a více let	33,33%	66,67%	100,00%
Celkem	16,42%	83,58%	100,00%

Graf č. 9 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle délky praxe respondentů.



Komentář: Každý třetí zdravotník s praxí delší než 21 let se již setkal s týraným seniorem (33,33%). Zdravotník s praxí 11 – 20 let se setkal s týraným seniorem v 26,67% a s praxí do 10-ti let v 9,3% případů.

Tabulka č. 31 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle nejčastějšího agresora.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem?		
	(počet)		
Nejčastější agresor	Ano	Ne	Σ
A	3	6	9
B	8	48	56
D	0	2	2
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Nejčastější agresor	Ano	Ne	Σ
A	27,27%	10,71%	13,43%
B	72,73%	85,71%	83,58%
D	0,00%	3,57%	2,99%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

A: Manžel/manželka

B: Osoby z blízkého okolí nebo rodiny

C: Zdravotníků

D: Sociálních pracovníků

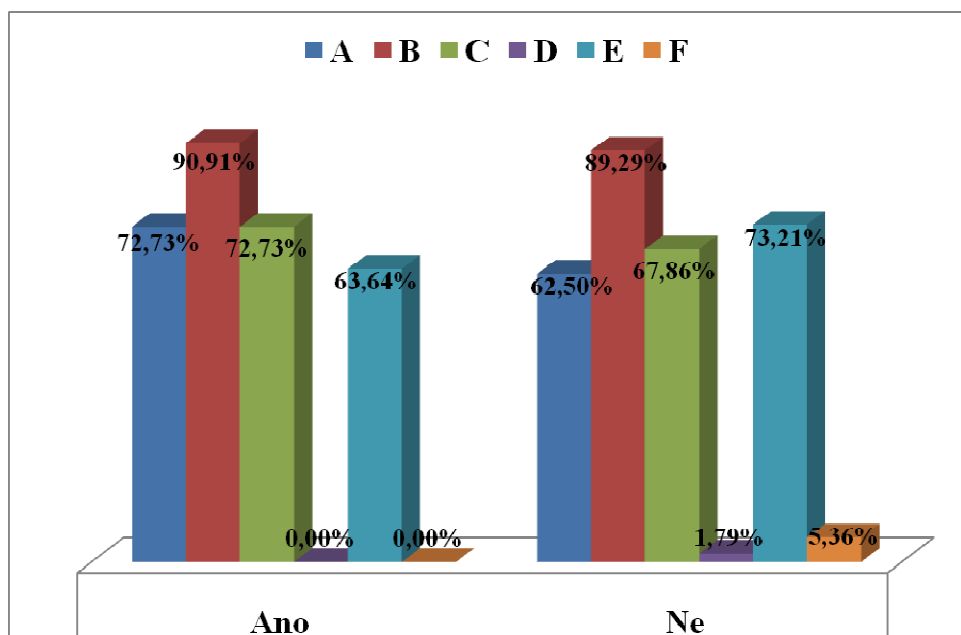
Komentář: Pracovníci, kteří se již dříve setkali s týraným seniorem oznaliči jako nejčastějšího agresora osobu z blízké rodiny (72,73%). Manžela a manželku vybralo z této skupiny 27,27% respondentů.

Tabulka č. 32 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle formy týrání.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Forma týrání	Ano	Ne	Σ
A	8	35	43
B	10	50	60
C	8	38	46
D	0	1	1
E	7	41	48
F	0	3	3
Celkem	33	168	201

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Forma týrání	Ano	Ne	Σ
A	72,73%	62,50%	64,18%
B	90,91%	89,29%	89,55%
C	72,73%	67,86%	68,66%
D	0,00%	1,79%	1,49%
E	63,64%	73,21%	71,64%
F	0,00%	5,36%	4,48%
Celkem	300,00%	300,00%	300,00%

Graf č. 10 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle formy týrání.



A: Tělesné

B: Psychické a citové

C: Finanční a materiální

D: Sexuální

E: Zanedbání péče

F: Zanedbání sebe sama

Komentář: Stejně jako v tabulce č. 9, označili respondenti, kteří se setkali s týraným seniorem stejné čtyři nejčastější formy týrání – psychické a citové (90,91%), finanční a materiální (72,73%) a tělesné týrání (63,64%).

Tabulka č. 33 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení, podle toho, zda má vzdělání pečujícího vliv na kvalitu péče o seniora

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Vliv vzdělání	Ano	Ne	Σ
Ano	5	9	14
Ne	6	47	53
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Vliv vzdělání	Ano	Ne	Σ
Ano	45,45%	16,07%	20,90%
Ne	54,55%	83,93%	79,10%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

Komentář: Respondenti, kteří se již setkali s týraným seniorem, se téměř v polovině případů domnívají, že vzdělání pečujícího člověka má vliv na kvalitu péče seniora (45,45%). V 54,55% případů si respondenti myslí, že vzdělání pečujícího nemá žádný vliv na kvalitu péče.

Tabulka č. 34 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda má finanční zázemí pečující osoby vliv na péči o seniora.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Vliv financí	Ano	Ne	Σ
Ano	9	31	40
Ne	2	25	27
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Vliv financí	Ano	Ne	Σ
Ano	81,82%	55,36%	117,65%
Ne	18,18%	44,64%	79,41%
Celkem	100,00%	100,00%	197,06%

Komentář: 81,82% respondentů, kteří se již setkali s týraným seniorem si myslí, že finanční zázemí pečujícího má vliv na péči o seniora. 18,18% má opačný názor.

Tabulka č. 35 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda je na vesnici méně týraných seniorů než ve městě.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Na vesnici je méně týraných seniorů	Ano	Ne	Σ
Ano	8	30	38
Ne	3	26	29
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Na vesnici je méně týraných seniorů	Ano	Ne	Σ
Ano	72,73%	53,57%	56,72%
Ne	27,27%	46,43%	43,28%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

Komentář: Výrazně více respondentů, kteří se setkali s týraným seniorem, než těch kteří se nesetkali si myslí, že na vesnici je méně týraných seniorů než ve městě. 72,73% versus 53,57%. Názor, že je více týraných seniorů na vesnici zastává 27,27% dotázaných zdravotníků, kteří se již setkali s týraným seniorem respektive 46,43% dotázaných, kteří se s týraným seniorem nesetkali.

Tabulka č. 36 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda jsou v nemocnici vypracovány standardy týkající se týrání seniorů (domácího násilí).

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Vypracované standardy?	Ano	Ne	Σ
Ano	6	10	16
Ne	4	14	18
Nevim	1	32	33
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Vypracované standardy?	Ano	Ne	Σ
Ano	54,55%	17,86%	23,88%
NE	36,36%	25,00%	26,87%
Nevim	9,09%	57,14%	49,25%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

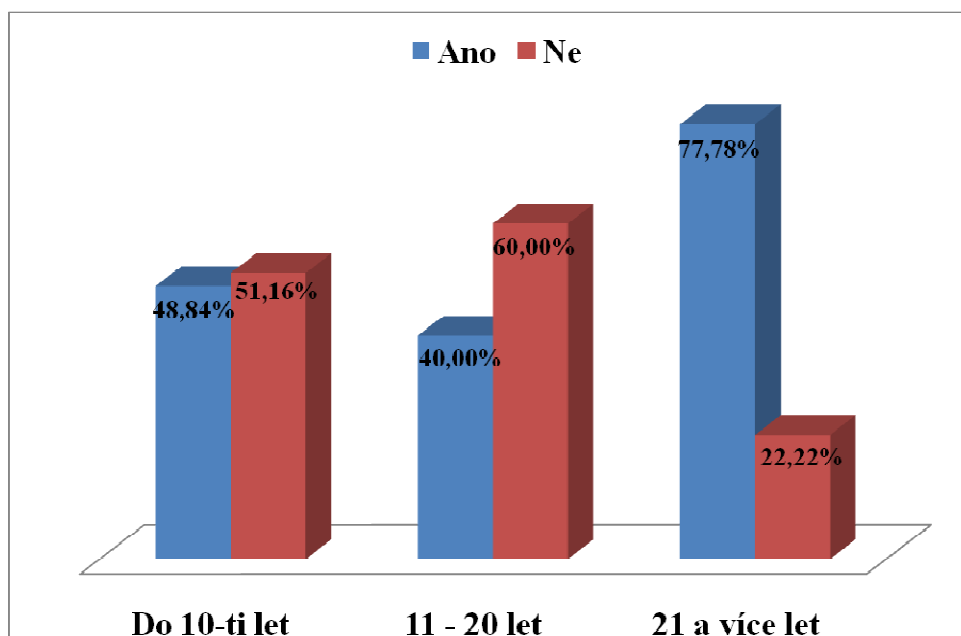
Komentář: 54,55% dotázaných, kteří se setkali s týraným seniorem je přesvědčeno, že v dané nemocnici jsou vypracovány standardy týkající se týrání seniorů. 36,26% si myslí, že takové standardy nemocnice nemá a 9,09% neví.

Tabulka č. 37 Máte dostatek vědomostí a zkušeností k tomu, abyste mohl/a označit danou osobu za týraného seniora Rozlišení, podle délky praxe respondentů.

	Délka praxe respondentů (počet)			
Dostatek vědomostí a zkušeností?	Do 10-ti let	11 - 20 let	21 a více let	Σ
Ano	21	6	7	34
Ne	22	9	2	33
Celkem	43	15	9	67

	Délka praxe respondentů (procenta)			
Dostatek vědomostí a zkušeností?	Do 10-ti let	11 - 20 let	21 a více let	Σ
Ano	48,84%	40,00%	77,78%	50,75%
Ne	51,16%	60,00%	22,22%	49,25%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Graf č. 11 Máte dostatek vědomostí a zkušeností k tomu, abyste mohl/a označit danou osobu za týraného seniora Rozlišení, podle délky praxe respondentů.



Komentář: 77,78% respondentů s nejdelší praxí je přesvědčeno, že má dostatek vědomostí a zkušeností, aby mohlo danou osobu označit za týraného seniora. Respondenti s délkou

praxe 11 – 20 let mají dostatek vědomostí a zkušeností ve 40% a respondenti s praxí do 10-ti let mají potřebné zkušenosti a vědomosti ve 48,84% případů.

Tabulka č. 38 Máte dostatek vědomostí a zkušeností k tomu, abyste mohl/a označit danou osobu za týraného seniora Rozlišení, podle toho, zda se daný pracovník setkal s týraným seniorem.

	Máte dostatek vědomostí a zkušeností k tomu, abyste mohl/a označit danou osobu za týraného seniora? (počet)		
Setkal(a) se s týraným seniorem	Ano	Ne	Σ
Ano	9	2	11
Ne	26	30	56
Celkem	35	32	67

	Máte dostatek vědomostí a zkušeností k tomu, abyste mohl/a označit danou osobu za týraného seniora? (procenta)		
Setkal(a) se s týraným seniorem	Ano	Ne	Σ
Ano	25,71%	6,25%	16,42%
Ne	74,29%	93,75%	83,58%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

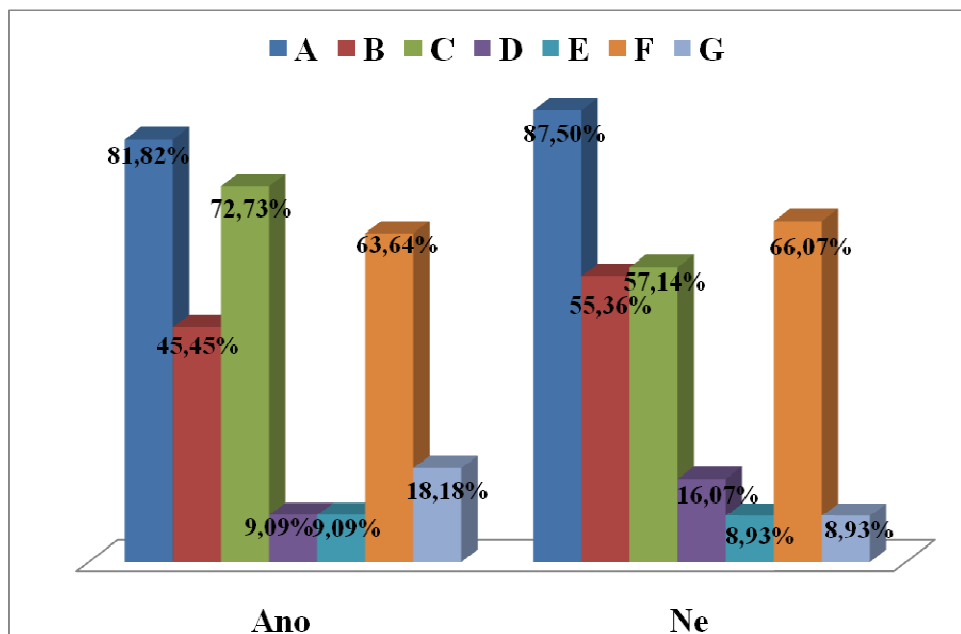
Komentář: Ze skupiny respondentů, kteří mají dostatek zkušeností se celých 25,7% již dříve setkala s týraným seniorem. Ze skupiny respondentů, kteří nemají dostatek vědomostí a zkušeností, tvoří respondenti, kteří se již dříve setkali s týraným seniorem, pouhých 6,25%.

Tabulka č. 39 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle příznaku, že se jedná o týraného seniora.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Příznak	Ano	Ne	Σ
A	9	49	58
B	5	31	36
C	8	32	40
D	1	9	10
E	1	5	6
F	7	37	44
G	2	5	7
Celkem	33	168	201

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Příznak	Ano	Ne	Σ
A	81,82%	87,50%	86,57%
B	45,45%	55,36%	53,73%
C	72,73%	57,14%	59,70%
D	9,09%	16,07%	14,93%
E	9,09%	8,93%	8,96%
F	63,64%	66,07%	65,67%
G	18,18%	8,93%	10,45%
Celkem	300,00%	300,00%	300,00%

Graf č. 12 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle příznaku, že se jedná o týraného seniora.



- A: Mnohočetné podlitiny na těle
- B: Velmi hubený senior – senior, který má hlad
- C: Senior, který oznámí slovně, že je obětí týrání
- D: Nedostatek finančních prostředků
- E: Velký nepořádek v domácnosti
- F: Špinavý a zanedbaný zevnějšek
- G: Další, uveďte.....

Komentář: Respondenti měli možnost vybrat si maximálně tři možnosti, této volby využili všichni, celkový počet odpovědí je tedy 201. Z tabulky nejsou patrné zásadní rozdíly mezi těmi, kteří se setkali resp. nesetkali s týraným seniorem. Největší rozdíl je u odpovědi „nedostatek finančních prostředků“. Tuto možnost vybralo pouhých 9,09% respondentů, kteří se setkali s týraným, zatímco ti co se nesetkali zvolili tuto možnost v 16,07%. Respondenti, kteří se setkali s týraným seniorem byli u této otázky cca dvakrát aktivnější a přidali další možnosti – odpověď „G“.

Tabulka č. 40 Byl personál Vašeho zařízení školen o problematice domácího násilí?
Rozlišení, podle toho, zda se daný pracovník setkal s týraným seniorem.

	Byl personál Vašeho zařízení školen o problematice domácího násilí?(počet)		
Setkal(a) se s týraným seniorem	Ano	Ne	Σ
Ano	5	6	11
Ne	6	50	56
Celkem	11	56	67

	Byl personál Vašeho zařízení školen o problematice domácího násilí?(procenta)		
Setkal(a) se s týraným seniorem	Ano	Ne	Σ
Ano	45,45%	10,71%	16,42%
Ne	54,55%	89,29%	83,58%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

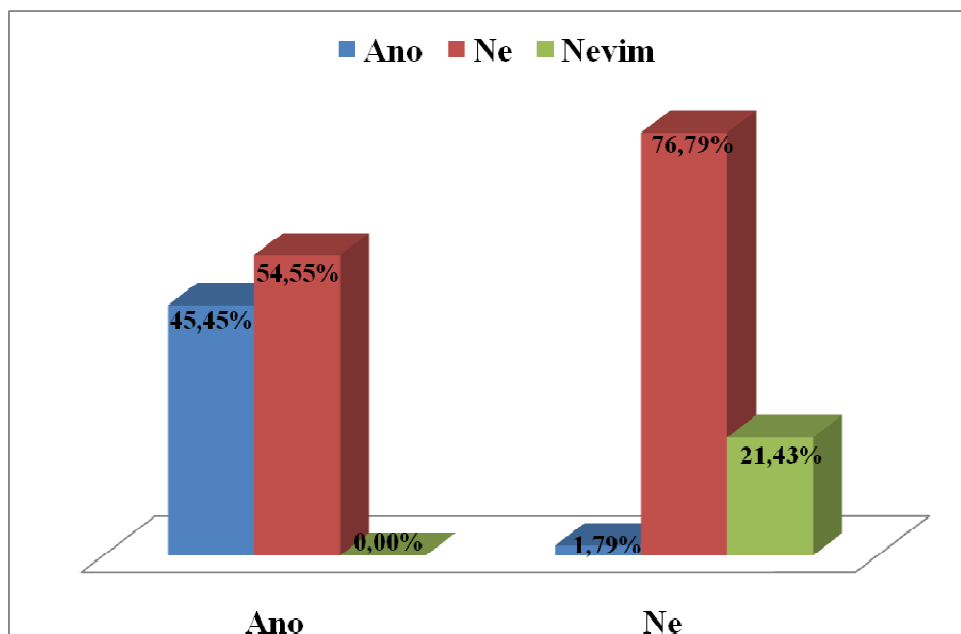
Komentář: 45,45% respondentů, kteří odpověděli, že byl jejich personál školen v otázce domácího násilí se již dříve setkal s týraným seniorem. Opačnou odpověď zvolilo 54,55% respondentů.

Tabulka č. 41 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda je potřeba souhlas týraného při nahlášení koho informovat o týraném senioru.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Souhlas seniora	Ano	Ne	Σ
Ano	5	1	6
Ne	6	43	49
Nevim	0	12	12
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Souhlas seniora	Ano	Ne	Σ
Ano	45,45%	1,79%	8,96%
Ne	54,55%	76,79%	73,13%
Nevim	0,00%	21,43%	17,91%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

Graf č. 13 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda je potřeba souhlas týraného při nahlášení koho informovat o týraném senioru.



Komentář: Zhruba polovina respondentů (45,45%) kteří se již setkali s týraným seniorem si před oznámením o týrání vyžádá souhlas tohoto seniora 54,55% oznámí týrání seniora bez jeho souhlasu.

Tabulka č. 42 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, koho informovat o týraném senioru.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Informovat	Ano	Ne	Σ
Nadřízeného	9	42	51
Sociální pracovníci	2	10	12
Policii ČR	0	4	4
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Informovat	Ano	Ne	Σ
Nadřízeného	81,82%	75,00%	76,12%
Sociální pracovníci	18,18%	17,86%	17,91%
Policii ČR	0,00%	7,14%	5,97%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

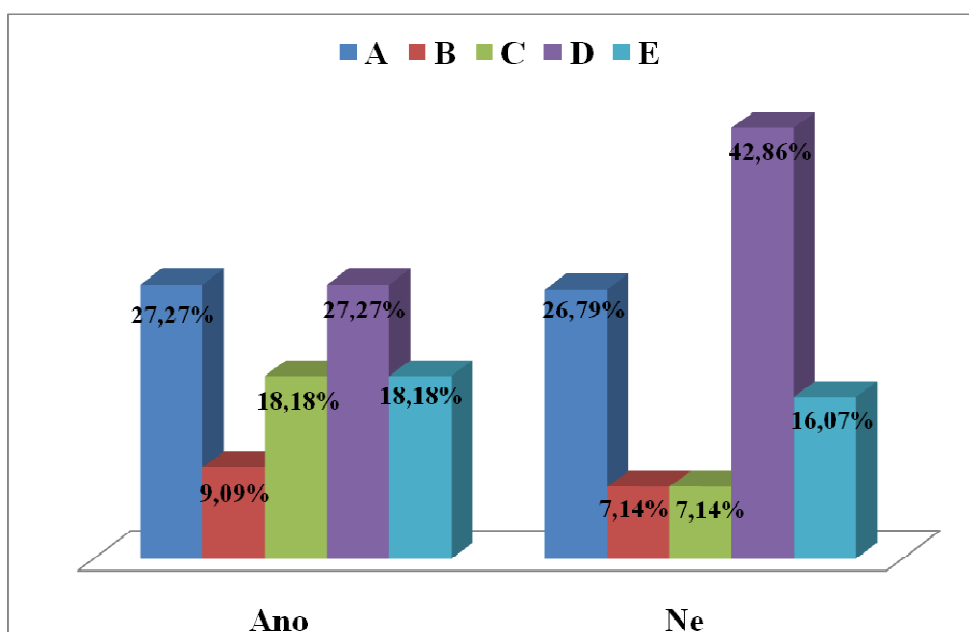
Komentář: Respondenti, kteří se již dříve setkali s týraným seniorem by v 81,82% hlásili týrání seniorů nadřízenému a v 18,18% sociální pracovníci

Tabulka č. 43 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho jak se dle zkušeností respondentů řeší problém zneužívaného seniora.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Řešení týrání	Ano	Ne	Σ
A	3	15	18
B	1	4	5
C	2	4	6
D	3	24	27
E	2	9	11
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Řešení týrání	Ano	Ne	Σ
A	27,27%	26,79%	8,96%
B	9,09%	7,14%	2,49%
C	18,18%	7,14%	2,99%
D	27,27%	42,86%	13,43%
E	18,18%	16,07%	5,47%
Celkem	100,00%	100,00%	33,33%

Graf č. 14 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho jak se dle zkušeností respondentů řeší problém zneužívaného seniora.



A: Zneužívaný senior je umístěn do LDN

B: Zneužívaný senior je přijat k hospitalizaci v nemocnici

C: Agresor je vykázán z bytu seniora

D: Seniora dostane do péče sociální pracovník

E: Problém se neřeší – vyčkává se

Komentář: Nejčastěji se problém týrání seniora v praxi řeší předáním týraného sociálnímu pracovníkovi (27,27%) a umístěním seniora do zařízení LDN (27,27%). V 18,18% se problém neřeší a vyčkává se, ve stejném procentu případů je agresor vykázán z bytu seniora. V 9,09% případů uváděných respondenty, kteří se setkali s týraným seniorem, je zneužívaný senior přijat k hospitalizaci v nemocnici.

Tabulka č. 44 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, co vyvolá nahlášení o zneužívání.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Co vyvolá nahlášení o zneužívání	Ano	Ne	Σ
A	36,36%	46,43%	44,78%
B	27,27%	42,86%	40,30%
C	36,36%	10,71%	14,93%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Co vyvolá nahlášení o zneužívání	Ano	Ne	Σ
A	4	26	30
B	3	24	27
C	4	6	10
Celkem	11	56	67

A: Hlášení o týrání seniora agresora rozzuří

B: Rodina týraného bude předpokládat, že jsem ta/ten, kdo zneužití nahlásil

C: Pokud nahlásím případ týraného seniora, můj vztah s pacientem bude zničen

Komentář: Zatímco ti kdo se s týraným nesetkali se více obávají o následky ze strany agresora (46,43%) nebo rodiny týraného (42,86%) a obavy o vztah k pacientovi má pouze 10,71%. Respondenti, kteří se již s týraným setkali, kladou stejnou váhu na vztah k pacientovi (36,36%), jako na možnost, že agresora oznámí o týrání rozzuří. 27,27% si myslí, že to budou oni, koho rodina bude považovat za osobu, která týrání nahlásila

Tabulka č. 45 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda má nemocnice vyčleněného člověka, který se věnuje obětem násilí.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Má nemocnice člověka, který se věnuje obětem násilí?	Ano	Ne	Σ
Ano	3	3	6
Ne	2	17	19
Nevim	6	36	42
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Má nemocnice člověka, který se věnuje obětem násilí?	Ano	Ne	Σ
Ano	27,27%	5,36%	8,96%
NE	18,18%	30,36%	28,36%
Nevim	54,55%	64,29%	62,69%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

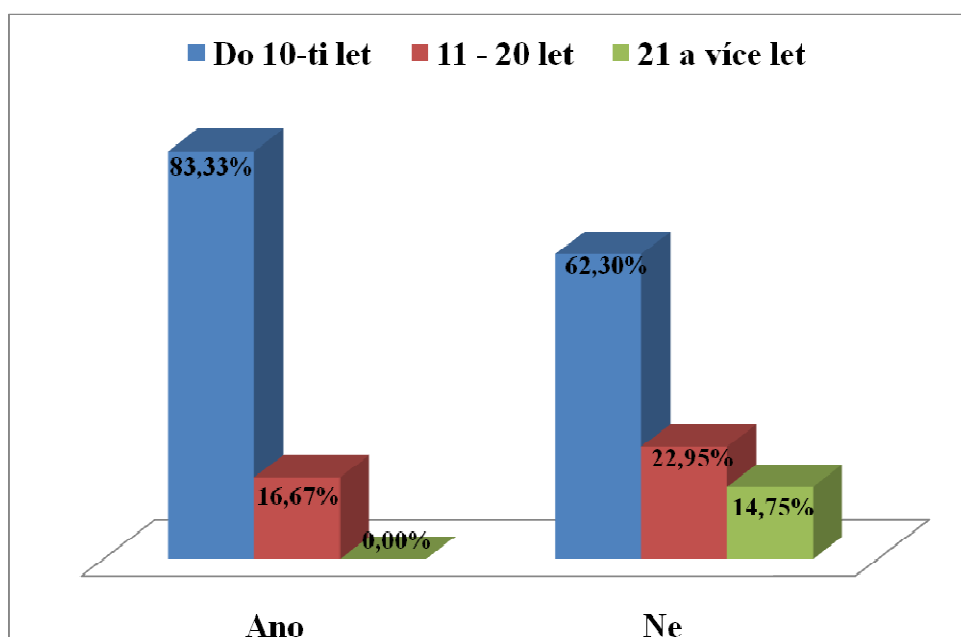
Komentář: O kontaktní osobě je informováno 27,27% respondentů, kteří se setkali s týraným seniorem. 18,18% respondentů i přesto, že se již setkalo s týraným seniorem tvrdí, že kontaktní osobu nemocnice nemá a více než polovina (54,55%) tuto informaci neví.

Tabulka č. 46 Má Vaše nemocnice vyčleněného člověka, který se věnuje obětem násilí? Rozlišení podle délky praxe respondentů.

	Má Vaše nemocnice vyčleněného člověka, který se věnuje obětem násilí? (počet)		
Délka praxe	Ano	Ne	Σ
Do 10-ti let	5	38	43
11 - 20 let	1	14	15
21 a více let	0	9	9
Celkem	6	61	67

	Má Vaše nemocnice vyčleněného člověka, který se věnuje obětem násilí? (procenta)		
Délka praxe	Ano	Ne	Σ
Do 10-ti let	83,33%	62,30%	64,18%
11 - 20 let	16,67%	22,95%	22,39%
21 a více let	0,00%	14,75%	13,43%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

Graf č. 15 Má Vaše nemocnice vyčleněného člověka, který se věnuje obětem násilí?
Rozlišení podle délky praxe respondentů.



Komentář: Informace o člověku vyčleněném v nemocnici pro oběti násilí má 83,33% pracovníků s praxí do 10-ti let a 16,66% pracovníků s praxí od 11 – 20 let. Z pracovníků, kteří pracují v oboru více než 21 let nemá tuto informaci žádný!

Tabulka č. 47 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda má nemocnice vypracovaná program pomoci obětem násilí.

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (počet)		
Má nemocnice program pomoci obětem násilí?	Ano	Ne	Σ
Ano	2	3	5
Ne	5	13	18
Nevim	4	40	44
Celkem	11	56	67

	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? (procenta)		
Má nemocnice program pomoci obětem násilí?	Ano	Ne	Σ
Ano	18,18%	5,36%	7,46%
NE	45,45%	23,21%	26,87%
Nevim	36,36%	71,43%	65,67%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

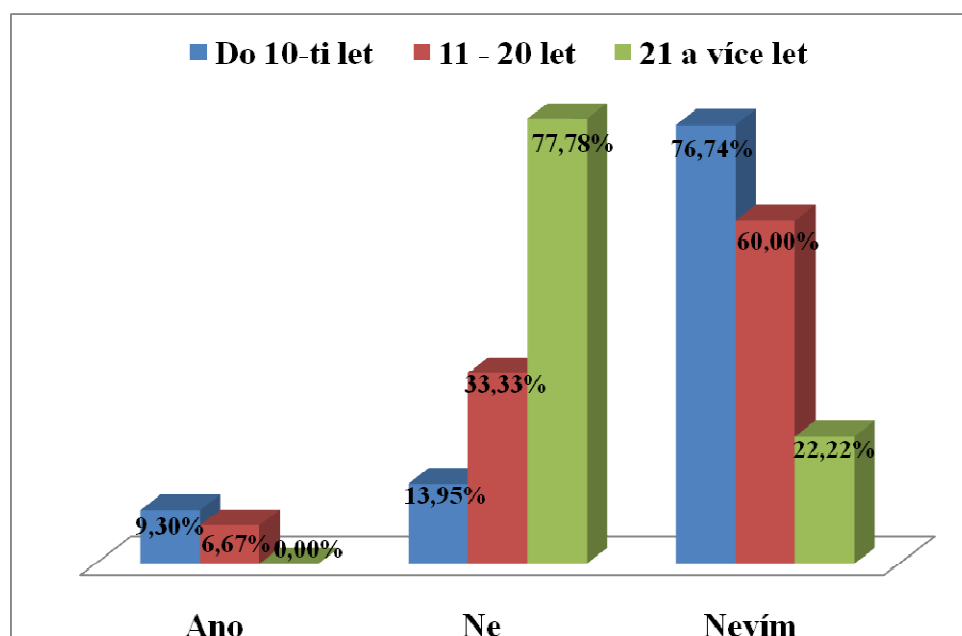
Komentář: 18,18% respondentů, kteří se setkali s týraným seniorem odpovědělo, že jejich nemocnice má vypracovaný program pomoci obětem násilí. 45,45% je přesvědčeno že takový program nemocnice nemá. 36,36% na tuto otázku nezná odpověď.

Tabulka č. 48 Má Vaše nemocnice vypracovaný program pomoci obětem násilí? Rozlišení podle délky praxe respondentů.

	Délka praxe respondentů (počet)			
Má nemocnice program pomoci obětem násilí?	Do 10-ti let	11 - 20 let	21 a více let	Σ
Ano	4	1	0	5
Ne	6	5	7	18
Nevím	33	9	2	44
Celkem	43	15	9	67

	Délka praxe respondentů (procenta)			
Má nemocnice program pomoci obětem násilí?	Do 10-ti let	11 - 20 let	21 a více let	Σ
Ano	9,30%	6,67%	0,00%	7,46%
Ne	13,95%	33,33%	77,78%	26,87%
Nevím	76,74%	60,00%	22,22%	65,67%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Graf č. 16 Má Vaše nemocnice vypracovaný program pomoci obětem násilí? Rozlišení podle délky praxe respondentů.



Komentář: Na odpovědi zda má nemocnice vypracovaný program pomoci obětem násilí, má velký vliv délka praxe respondentů. Nejlépe je tento vliv vidět na odpovědích „Ne“, kde tuto odpověď zvolilo 13,95% respondentů s praxí do 10-ti let, 33,33% respondentů s praxí od 11 – 20 let a 77,78% respondentů s praxí 21 a více let.

4.3 Diskuze

Jednou z nejdůležitějších otázek tohoto průzkumu bylo, zda se tázaná osoba ve své odborné praxi setkala s týraným seniorem (Tab. č. 6). Počet pozitivních odpovědí na tuto otázku byl překvapující. Celých 16,42% (11 ze 67) dotázaných se již ve své odborné praxi setkala s týraným seniorem. Tento údaj je nelichotivý, znamená to, že prakticky každý šestý zdravotnický pracovník se za svou odbornou praxi setká s týraným seniorem. Zbývajících 56 respondentů, což odpovídá 83,58%, se ve své odborné praxi s týraným seniorem nesetkalo. Je otázkou, kolik zdravotnických pracovníků se s týraným seniorem ve své odborné praxi setká, aniž by tento fakt zjistili.

Typickým představitelem zdravotnického pracovníka, který se již setkal s týraným seniorem je žena, zdravotní sestra, starší 36-ti let (velmi podobné procentuální zastoupení věkové skupiny 36-50 let a 51 a více let) nejčastěji pracující na chirurgické klinice nebo gerontopsychiatrii s praxí 21 a více let (Tab. č. 26, 27, 28, 29, 30).

Z celkového počtu 67 respondentů se 8,96% domnívá, že senioři jsou častěji týráni než děti. Téměř trojnásobný počet respondentů (25,37%) má opačný názor (Tab. č. 7). Tato otázka nebyla doplněna žádnou další podotázkou, není tedy zřejmé, zda uvedený údaj vyplývá například z vlastní zkušenosti respondentů, nebo z obecně častěji probíraného tématu týrání dětí. Oficiální statistiky zabývající se týráním seniorů se dle zjištěných informací nenevidují. To ani z pohledu policie ČR a ani v jednotlivých nemocničních zařízeních. Nicméně neoficiální statistiky mluví až o desetinásobně větším počtu týraných a zanedbávaných seniorů než týraných a zneužívaných dětí. Z uvedených odpovědí je jasně vidět naprostý nepoměr mezi skutečností a informovaností zdravotnických pracovníků [www.antidiskriminace.cz, www.lidovky.cz].

Drtivá většina respondentů (83,58%) uvádí, že nejčastějším agresorem, v případech týrání seniorů, je někdo z blízkých rodinných příslušníků, vyjma partnera týrané osoby. Tuto možnost – „manžel/manželka“ zvolilo 13,43% respondentů. Zajímavá je odpověď 2,99% respondentů (2 dotázaní), kteří uvedli, že agresorem jsou nejčastěji sociální pracovníci. Přesvědčení těchto dvou pracovníků se však nezakládá na osobní zkušenosti s týraným seniorem. Je tedy otázkou, zda jde o jiné pracovní zkušenosti, zkušenosti někoho

z okolí, nebo se tvrzení zakládá na pouhé informaci z doslechu. Důležité je také zmínit fakt, že nikdo ze zdravotnických pracovníků nepokládá sebe sama, nebo kteréhokoli jiného zdravotnického pracovníka za nejčastějšího agresora při týrání seniorů (Tab. č. 8). Výraznější změna poměru odpovědí nenastala ani u osob, které se již s týraným seniorem setkaly ve své praxi. 72,73% uvádí, že agresorem je někdo z blízké rodiny. 27,27% osob pak přímo uvádí manžela nebo manželku (Tab. č. 31).

Otázka číslo 9 byla směřována ke zjištění jakou formu týrání považují zdravotničtí pracovníci za nejčastější. Respondenti mohli a také označili tři z uvedených možností. Z těchto údajů vyšlo i zpracování této otázky (Tab. č. 9). Téměř 90% všech pracovníků (60 respondentů) vybralo jako jednu z nejčastějších forem týrání „psychické a citové týrání“. Tento typ týrání je bezesporu jedním z nejhůře prokazatelných a je tedy velmi s podivem, že je o něm přesvědčeno tak vysoké procento pracovníků. Tři další typy týrání byly označeny podobným počtem respondentů „zanedbávání péče“ (48 respondentů), „finanční a materiální“ (46 respondentů) a „tělesné týrání“ (43 respondentů). Zanedbání sama sebe vybrali 3 respondenti a jeden respondent uvedl jako jednu z nejčastějších forem týrání seniorů sexuální týrání. Z výše uvedeného jasně vyplývá soubor čtyř nejčastějších forem týrání seniorů z pohledu zdravotnických pracovníků: psychické a citové týrání, zanedbání péče, finanční a materiální týrání a tělesné týrání. Tyto čtyři skupiny týrání seniorů označili nejčastěji také všichni zdravotníci, kteří se již dříve setkali s týraným seniorem (Tab. č. 32)

Odpovědi na otázky 10, 11, 12 a 13 by měly blíže přiblížit názor zdravotnických pracovníků na to, zda podmínky, ve který žije pečovatel seniora ovlivňují kvalitu péče, případně zda některý z daných faktorů ovlivňuje riziko týrání seniora. Konkrétně bylo zjišťováno, zda má vzdělání pečující osoby vliv na kvalitu péče o seniora (Tab. č. 10). Narozdíl od zbývajících třech otázek, pouze zde se většina respondentů shodla na názoru, že vzdělání pečující osoby nemá vliv na kvalitu péče o seniora (53 respondentů, což odpovídá 79,1%). Opačný názor má 14 respondentů, tedy 20,9% dotázaných. V případě praktických zkušeností zdravotníků, kteří se již setkali s týraným seniorem je však poměr odpovědí víceméně vyrovnaný (Tab. č. 33). Výsledek průzkumu tedy prokázal že zdravotníci, kteří se již setkali s týraným seniorem kladou větší důraz na vzdělání pečující osoby.

Další otázka se zaměřila na finanční zázemí pečující osoby (Tab. č. 11). Zde se již odpovědi respondentů rozcházejí více. 59,7% (40) respondentů je přesvědčeno, že finanční zázemí ovlivňuje kvalitu péče o seniora. Proti tomu stojí 40,30% (27) respondentů, kteří si myslí, že finanční zázemí kvalitu péče o seniora neovlivňuje. Opět je rozdílný názor těch kteří se již setkali s týraným seniorem (Tab. č. 34). Z uvedených hodnot vyplývá, že zdravotníci, kteří se již dříve setkali s týraným seniorem kladou na finanční zázemí pečujícího větší důraz než ti, kteří se s týraným seniorem nesetkali.

Je velmi zajímavé, že ačkoli je v naší společnosti největší procento ateistů v Evropě, je téměř polovina respondentů přesvědčena, že věřící lidé pečují o seniora lépe než lidé nevěřící 33 respondentů tj. 49,25%. Naopak 34 respondentů tj. 50,75 odpovědělo, že věřící lidé nemusí poskytovat kvalitnější péči než lidé nevěřící (Tab. č. 12). Zde by bylo zajímavé zjistit, jestli poměr těchto odpovědí odpovídá poměru věřících resp. nevěřících respondentů. Nicméně dle statistiky vyhodnocené na základě posledního sčítání lidu v roce 2001 žije v české republice pouze 32,1% lidí, hlásících se k nějaké víře, zatímco 59,0% lidí je nevěřících (zbylé procento na danou otázku neodpovědělo). Pokud bychom brali, že stejné procento tvořili i respondenti dotazníku, pak by to znamenalo, že minimálně část nevěřících respondentů je přesvědčena o tom, že věřící se o týraného seniora starají pečlivěji než nevěřící. Poměr odpovědí na danou otázku se výrazně nezmění, pokud vezmeme v potaz pouze vzorek respondentů, kteří se již dříve setkali s týraným seniorem.

Poslední otázka týkající se vlivu prostředí byla zaměřena na vliv města, resp. venkova na riziko týrání seniorů (Tab. č. 13). Více než polovina respondentů, konkrétně 56,72% si myslí, že na vesnici je méně týraných seniorů než ve městě. 43,28% respondentů si myslí, že je tomu naopak. K této otázce je potřeba dodat, že průzkum byl prováděn ve městě a je tedy předpoklad, že většina respondentů taktéž žije ve městě. Z tohoto pohledu by se tedy dalo usuzovat, že respondenti mají pocit, že tam kde žijí, je více týraných seniorů. Nicméně toto tvrzení nelze, vzhledem k anonymitě dotazníků a tedy nemožnosti zjištění bydliště respondentů dokázat. Uvedený rozdíl v poměru odpovědí se ještě výrazně zvětší, pokud budeme brát v potaz, pouze ty respondenty, kteří se již s týraným seniorem setkali (Tab. č. 35). Následně dostaneme, že 72,73% pracovníků, kteří se již setkali s týraným seniorem je přesvědčeno, že na vesnici je méně týraných seniorů než ve městě. Nabízí se tedy závěr, že toto přesvědčení z velké části plyne z přímých zkušeností pracovníků s týranými seniory.

Další otázky v dotazníku byly zaměřeny především na konkrétní znalosti zdravotnických pracovníků a dostatek informací o problematice týraných seniorů.

V době provádění průzkumu (7. prosince 2009 až 15. ledna 2010), dle informací vedoucích pracovníků, ve zkoumaných zařízeních nebyly vypracovány standardy týkající se týrání seniorů, případně domácího násilí. Přesto téměř čtvrtina (23,88%) dotázaných tvrdí, že tyto standardy jsou v dané nemocnici vypracovány. Další polovina respondentů si nebyla jistá a zvolila odpověď „nevím“ (49,25%). To znamená, že pouhých 26,87% respondentů (18 dotázaných) ví, že tyto standardy nemocnice nemá vypracovány (Tab. č. 14). Pokud se podíváme na poměr odpovědí u respondentů, kteří se již dříve setkali s týraným seniorem, zvýší se procento správných odpovědí na 36,36%. Je však velmi zarážející, že u těchto respondentů se mnohem více zvýší procento nesprávných odpovědí. 54,55% dotázaných, kteří se již setkali s týraným seniorem tvrdí, že v dané nemocnici jsou vypracovány standardy týkající se týrání seniorů, případně domácího násilí (Tab. č. 36). Je důležité zmínit, že „Standardní operační postup SMJ“ s názvem „Péče o pacienta s podezřením na týrání a zneužívání (syndrom CAN a domácí násilí)“ byl uveden v jedné ze zkoumaných nemocnic až s účinností k datu 15.2.2010, tedy měsíc po skončení mého průzkumu.

Zhruba polovina respondentů (52,24% resp. 35 dotázaných) si myslí, že má dostatek vědomostí a zkušeností k tomu, aby mohla označit danou osobu za týraného seniora. Druhá polovina (47,76% resp. 32 respondentů) dle svého vyjádření tyto vědomosti nebo zkušenosti nemá (Tab. 15). Zatímco věk ani pracoviště na tomto poměru nic nemění, délka praxe je v tomto ohledu velice důležitým faktorem. Lze konstatovat, že 77,78% respondentů s praxí vyšší než 21 let má dostatek vědomostí a zkušeností k označení dané osoby za týraného seniora (Tab. č. 37). Ještě významnějším faktorem je to, zda se uvedený pracovník setkal ve své praxi s týraným seniorem. Z dané skupiny respondentů, kteří mají dostatek zkušeností se celých 25,7% již dříve setkalo s týraným seniorem. Pro porovnání, ze skupiny respondentů, kteří nemají dostatek vědomostí a zkušeností, tvoří respondenti, kteří se již dříve setkali s týraným seniorem, pouhých 6,25% (Tab. č. 38).

Dalším z důležitých předpokladů pro řešení situace týraných seniorů je, aby tyto případy zdravotnický personál rozpoznal. Na otázku „Podle čeho poznáte, že se jedná o týraného seniora?“, měli respondenti označit maximálně 3 možnosti, případně doplnit další

nenabízenou možnost (Tab. č. 16). Z uvedených odpovědí vyplývá, že 58 (86,57%) respondentů by pojalo podezření na týraného seniora v případě zjištění mnohačetných podlitin na těle dotyčné osoby. Dalšími rizikovými ukazateli jsou: špinavý a zanedbaný zevnějšek, označilo 44 (65,67%) respondentů a velmi hubený senior – senior, který má hlad, 36 respondentů (53,73%). Tyto dva příznaky týrání se ještě doplnila odpověď dotazovaných, ve které uvedli, že senior sám slovně oznámí skutečnost, že je obětí týrání, uvedlo 40 respondentů (59,7%). Nedostatek financí (14,93% tj. 10 odpovědí) a velký nepořádek v domácnosti (8,96% tj. 6 odpovědí) nehrají při rozpoznávání týraného seniora z pohledu zdravotnických pracovníků významnou roli. Z odpovědí, které respondenti dopsali jako další možné jsou důležité především ty, které dopisovali dotazovaní, kteří se již s týraným seniorem dříve setkali. Jsou to změna psychiky a dále uzavřený nebo bojácný senior. Nicméně stejné příznaky týraných seniorů dopsali i ti, kteří se s týraným seniorem nesetkali. Pokud jde o rozdíly odpovědí respondentů, kteří se již setkali s týraným seniorem, oproti těm, kteří se nesetkali, pak můžeme konstatovat, že poměr jejich odpovědí na uvedenou otázku je velmi podobný a tato skutečnost tedy nehraje prakticky žádnou roli (Tab. č. 39). Drobná odchylka je pouze možnosti „Nedostatek financí“, na který kladou větší důraz ti, kteří se s týraným seniorem nesetkali. Nicméně tento příznak týrání seniorů byl jedním z minoritních.

Dle vedoucích pracovníků zařízení, kde probíhal uvedený průzkum, neprobíhají v daných nemocnicích žádná školení, která by se věnovala problematice domácího násilí. Přesto 11 respondentů (16,42%) odpovědělo, že ano. Zbývajících 56 respondentů (83,58%) odpovědělo ne (Tab. č. 17). Je zajímavé, že téměř polovina z kladných odpovědí (45,45%) pochází od pracovníků, kteří se setkali s týraným seniorem (Tab. č. 40). Vzhledem k anonymitě dotazníků nelze zjistit, zda se v těchto případech jednalo o školení v rámci jiné aktivity respondentů, nebo zda za školení o domácím násilí považovali například školení s jiným, podobným tématem.

Jestliže má zdravotnický personál podezření na tělesné týrání, je pravidlem, že součástí dokumentace pacienta je forenzní fotografie. Celá čtvrtina respondentů (25,37% tj. 20 dotázaných) by však forenzní fotografii k dokumentaci nepřiložila. 44,78% dotázaných je přesvědčeno, že forenzní fotografie je součástí dokumentace pouze někdy a 29,85% dotázaných by forenzní fotografii zařadilo do dokumentace vždy (Tab. č. 18) Vzhledem

k tomu, že v době průzkumu nebyly v žádné nemocnici, kde probíhal průzkum vypracovány standardizované postupy k problematice domácího násilí, nelze žádnou z odpovědí považovat za vyloženě chybnou. Nicméně správný postup by dle zaběhnuté praxe zvolilo celkem 74,63% respondentů (odpovědi „Ano vždy“ a „Jen v některých případech“).

Pokud by se měl zdravotnický pracovník rozhodnout, zda před nahlášením o týrání seniora potřebuje jeho souhlas, v 73,14% by neváhal a případ týrání nahlásil bez souhlasu seniora. Tento postup je správný a využily by ho skoro dvě třetiny respondentů. 8,95% respondentů si myslí, že před nahlášením o týrání seniora je potřeba získat jeho souhlas a 17,91% uvedlo, že neví (Tab. č. 19). Je zarážející, že celkem pět ze šesti špatných odpovědí pochází od respondentů, kteří se již s týraným seniorem setkali. Celkově lze konstatovat, že zhruba polovina respondentů (45,45%) kteří se již setkali s týraným seniorem si před oznámením o týrání vyžádá souhlas tohoto seniora (Tab. č. 41).

Pokud má zdravotnický personál podezření na týrání seniora, na koho se s touto informací obrátí? Více než tři čtvrtiny respondentů (76,12%) bude kontaktovat svého nadřízeného, tedy staniční nebo vrchní sestru. Sociální pracovníci by kontaktovalo 17,91% respondentů a policii ČR 5,97% respondentů (Tab. č. 20). V případech, které se již staly, tedy u pracovníků, kteří se již setkali s týraným seniorem, bylo 81,82% případů hlášeno nadřízenému a 18,18% sociální pracovníci (Tab. č. 42).

Nejčastějším řešením případů zneužívaného seniora je, dle zkušeností zdravotnických pracovníků (Tab. č. 21), předání případu sociálnímu pracovníkovi (40,3%). Druhým nejčastějším řešením je umístění seniora do léčebny dlouhodobě nemocných (26,86%). Zbývající třetina případů je dle zdravotnických pracovníků rozdělena na případy kdy se problém neřeší a vyčkává se (16,42%), agresor je vykázán z bytu seniora (8,96%) a kdy je senior přijat k hospitalizaci v nemocnici (7,46%). Výše uvedený procentuální poměr odpovědí se však výrazně změní, pokud vybereme pouze odpovědi pracovníků, kteří se již s týraným seniorem setkali (Tab. č. 43). Ti odpověděli, že případ týrání je předán sociálnímu pracovníkovi ve 27,27%, stejně jako k přesunu seniora do léčebny dlouhodobě nemocných, také 27,27%. V 18,18% případů by se tento problém řešil vykázáním agresora

z bytu seniora. Ve stejném počtu případů (18,18%) se problém neřešil a vyčkávalo se. V 9,09% byl senior hospitalizován v nemocnici.

Na dotaz „Co myslíte, že vyvolá vaše oznámení o týrání seniora“ odpovědělo 44,77% respondentů, že oznámení o týrání seniora agresora rozzuří. Je tedy otázkou, zda se tento počet zdravotnických pracovníků nebude obávat případy týrání seniora hlásit, aby se zlost agresora nepřenesla na ně samotné. 40,3% dotazovaných uvedlo, že to budou oni, koho rodina bude považovat za osobu, která týrání nahlásila. Zde vyvstává otázka, zda sami zdravotníci nemají obavu z prozrazení, kdo týrání nahlásil. 14,93% zdravotníků má obavu ze ztráty vztahu se seniorem, pokud své podezření pojmenuje a nahlásí (Tab. č. 22). Je velmi důležité, že těm, kteří se již setkali s týraným seniorem, mnohem méně záleží na následcích na straně agresora či rodiny a mnohem více se obávají o vztah s pacientem. 36,36% se obává rozzuřeného agresora, 27,27 pak reakce rodiny, 36,36% zničení vztahu s pacientem (Tab. č.44).

Je alarmující, že pouhých 8,96% respondentů ví o kontaktní osobě, která se v jejich zdravotnickém zařízení věnuje obětem násilí; 28,36% respondentů uvedlo, že ve svém zařízení kontaktní osobu vůbec nemají a největší počet dotazovaných – 64,18% neví, zda jejich zařízení má člověka, který se věnuje obětem násilí či nikoli (Tab. č. 23). Znamená to, že celých 92,54% zdravotnických pracovníků má nedostatečné informace o kontaktní osobě v případech obětí násilí. Informovanost pracovníků logicky vysoce roste podle toho, jestli se daný pracovník již dříve setkal s týraným seniorem. V tomto případě je o kontaktní osobě informováno 27,27% respondentů. 18,18% i přesto, že se již setkalo s týraným seniorem tvrdí, že kontaktní osobu nemocnice nemá a stále více než polovina (54,55%) tuto informaci nemá (Tab. č. 45). Tyto údaje jsou stále alarmující a vypovídají o celkovém nezájmu pracovníků o téma týraných seniorů či domácího násilí jako takového. Pokud se podíváme na ty respondenty, kteří vědí, že nemocnice má vyčleněného člověka pro oběti násilí, jde v 83,33% o pracovníky s praxí do 10-ti let a pouze 16,66% pracovníků 11 – 20 let. Z pracovníků, kteří pracují v oboru více než 21 let nemá tuto informaci žádný! V případě informovanosti o kontaktní osobě nejsou rozdíly v tom, na kterém oddělení pracovníci pracují, na jaké pozici ani na jejich věku.

O něco málo lepší situace panuje v otázce zda má nemocnice vypracovaný program pomoci obětem násilí. Správnou odpověď „Ne“ zaškrtnulo 26,87% respondentů. Ale kromě toho, že toto procento je stále velmi nízké, je potřeba, aby takový program nemocnice vypracovaly. Neinformovanost v této otázce je tedy stále na naprosto nedostatečné úrovni - 73,13% všech zúčastněných respondentů (Tab. č. 24). Informovanost se zdvojnásobí (na 45,45%) v případě, že vezmeme v potaz pouze pracovníky, kteří se již dříve setkali s týraným seniorem (Tab. č. 47). Pokud se opět podíváme, kteří pracovníci mají v této otázce správné informace, jde ve všech případech o pracovníky gerontopsychiatrie. Nikdo z dotazovaných pracovníků interní ani chirurgické kliniky nemá správné informace! Celková informovanost výrazně roste s délkou praxe (Tab. č. 48). Zatímco z pracovníků s praxí do 10-ti let je správně informováno pouhých 13,9%, u pracovníků s praxí 11 – 20 let je to již 33,3% a u pracovníků s praxí vyšší než 21let je to dokonce 77,78%. Na věku ani pracovní pozici nezáleží.

Poslední otázka byla, zda zdravotničtí pracovníci vědí nebo nevědí o spolupráci v oblasti týraných seniorů mezi jednotlivými nemocnicemi. V době provádění průzkumu žádná taková spolupráce mezi nemocnicemi nebyla. Pouze 8,96% respondentů odpovědělo správně. Zbývajících 91,04% respondentů vybralo špatnou odpověď, „Ano“ odpovědělo 10,45% respondentů a „Nevím“ 80,59% (Tab. č. 25). Tento poměr se narozdíl od předchozích otázek výrazně nezmění ani u respondentů, kteří se již dříve setkali s týraným seniorem. Mezi správně informovanými respondenty jsou opět zastoupeni pouze pracovníci gerontopsychiatrie. Nikdo z dotazovaných pracovníků interní ani chirurgické kliniky nemá správné informace!.

ZÁVĚR

Bakalářská práce „Násilí na seniorech z pohledu zdravotnických pracovníků“ je rozdělena na dvě části. Část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část se zabývá seniory. Podává základní informace o násilí, jeho dynamice, důsledcích a možnostech řešení.

Práce je zaměřená na stáří a změny, které přináší toto životní období. Stáří je zatíženo multimorbiditou a zvýšenou spotřebou zdravotní a sociální péče. Dle statistických údajů se senioři podílí na 40% z celkových nákladů na zdravotnictví. Podstatnou část péče zajišťuje blízká rodina seniora. Toto zázemí pro něj představuje velkou jistotu. Je zárukou pomoci v případě nesoběstačnosti. Přesto o velkou skupinu seniorů pečují profesionálkové v domovech s pečovatelskou službou, v domovech pro seniory, léčebnách dlouhodobě nemocných.

Zvyšující se věk, zhoršení zdraví, závislost na pečující osobě a bydlení v jedné domácnosti patří k velmi rizikovým faktorům, které přispívají k týrání seniorů. Týrání může mít formu tělesného týrání, psychického a citového týrání, sexuálního obtěžování a znásilnění. Také zde patří finanční, materiální zneužívání a zanedbání péče o seniora. Hlavním rysem týrání je jeho opakování. Intervaly mezi jednotlivými útoky se postupně zkracují. Oběť se obává zhoršení a skrývá opakované projevy násilí. Nechce si přiznat svou svízelnou situaci a netuší na koho se může obrátit s žádostí o pomoc.

Český právní řád je připraven řešit týrání, omezování nebo zbavení osobní svobody a vydírání. Podat trestní oznámení je pro seniory mnohdy velmi psychicky náročné a velká část trestních oznámení je stažena.

Týrání a zneužívání seniorů má rozsáhlé důsledky. Velmi často bývá následkem těchto činů psychická újma, poranění, smrt. Poskytnout pomoc v takové situaci je náročné. S obětí do prvního kontaktu nejčastěji přichází zdravotní sestra, lékař. Na těle seniora si všímá změn, které neodpovídají charakteru popisovaného úrazu a reaguje na psychickou rozladu poškozeného. Profesionální přístup a empatie zdravotníků pomohou oběti hovořit o svízelné situaci.

Nalézt východisko z neutěšené životní situace zahrnuje týmovou spolupráci zdravotníků, sociálních pracovníků a zdravotně sociální poradenství postižené rodiny. Jedním z řešení je podpora vyčerpané pečující rodiny, hospitalizace poškozeného.

Spolupráce se sociálními pracovníky na komunitní úrovni a dispenzarizace ohrožené osoby i dysfunkční rodiny.

Problematika násilí na seniorech zasahuje do záležitostí sociálních, veřejného zdraví a lidských práv. Jen málo je informací o povaze tohoto jevu, závažnosti, důležitosti, příčinách, následcích a účinné prevenci. Můžeme odhadovat, že vzhledem ke stále rychlejšímu stárnutí populace v celosvětovém měřítku se bude počet týraných zvyšovat. V nadcházejících desetiletích je očekáván nárůst seniorů především ve věku 80 a více let.

Bakalářská práce výzkumnou částí je zaměřená na míru informovanosti zdravotních sester, ošetřovatel/ka, sanitář/ka tzn. zdravotníků o známkách týrání seniorů. Kvalitativním měřením ve dvou nemocnicích v České republice byl zjišťován rozsah znalostí o tomto problému. Výzkumné šetření hledá odpovědi na otázky jestli zdravotníci vědí, koho mají informovat o podezření násilí na seniorech. Zda mají osobní zkušenosti a ve své praxi se setkali se seniorem obětí násilí. Jak dlouho jsou tyto lidé v praxi a ve kterém zdravotnickém oboru se setkávají zdravotníci nejčastěji s týraným seniorem. Dále výzkum zjišťoval podle jakých známek zdravotníci poznají, že se jedná o oběť násilí a zda mají povědomí o tom, kdo bývá nejčastěji pachatelem násilí.

Z výzkumu vyplývá, že každý šestý zdravotnický pracovník se v průběhu své praxe setká s týraným seniorem. Respondenti se domnívají, že násilí se dopouští nejčastěji blízký rodinný příslušník. Týrání seniora probíhá formou psychického a citového týrání, zanedbání péče, finančního a materiálního týrání a formou tělesného týrání. Z odpovědí dotazovaných dále vyplynulo, že dle jejich názoru vzdělání pečující osoby nemá vliv na kvalitu poskytované péče, naopak míra finančního zázemí péči ovlivňuje. V době dotazníkového šetření nemělo žádné mnou oslovené zdravotnické zařízení platný standard péče o pacienta s podezřením na týrání a zneužívání. V zařízeních neprobíhají školení a přednášky na toto téma, přesto je zajímavé a z údajů vyplývá, že osoby s delší dobou praxe považují své znalosti o problému EAN za dostatečné. Dotazovaní respondenti rozpoznají týraného starého člověka podle mnohočetných podlitin, špinavého, zanedbaného zevnějšku, vyhublé postavy a nebo senior sám oznámí zdravotníkovi, že je obětí násilí. Ti, kteří se ve své praxi setkali s týraným seniorem nejčastěji, tuto otázku ještě doplnili vlastními postřehy a to, že u týrané osoby dojde ke změně psychiky. Člověk je depresivní, uzavřený. Typickým představitelem zdravotnického pracovníka, který se již setkal s týraným seniorem je žena, zdravotní sestra, starší 36-ti let, pracuje na chirurgické klinice

nebo gerontopsychiatrii s praxí 21 a více let. Pracovníci s osobní zkušeností s EAN kladou velký důraz na dobrý vztah s klientem a nezáleží jim tolik na mínění a postoji agresora vůči své osobě.

Tato bakalářská práce by mohla být nápomocná zdravotníkům v přístupu a péči o seniory, oběti domácího násilí. Je nutné o této problematice hovořit se seniory, jejich pečovateli, veřejností a dále je vzdělávat. Zdravotnická zařízení začínají vytvářet standardy péče o oběti s podezřením na násilí a zneužívání. Vzdělanost zdravotníků a možnost opřít se o postupy péče v dané situaci je nejlepší metodou prevence a záchytu EAN.

Tam, kde nejsou vypracovány standardy péče mohou zdravotníci čerpat informace z brožur Ministerstva zdravotnictví, nebo internetových zdrojů. Míra informovaností je v tom případě závislá na zájmu jednotlivce o tuto problematiku.

ANOTACE

Autor:	Hana Horelová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Násilí na seniorech z pohledu zdravotnických pracovníků
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	95
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2010
Klíčová slova:	starší lidé, násilí, zneužití, EAN, týrání, zanedbávání péče, zdravotní pracovníci, pomoc,

Bakalářská práce „Násilí na seniorech z pohledu zdravotnických pracovníků“ se ve své teoretické části zabývá problematikou týrání a zneužívání starých lidí. Popisuje jednotlivé formy násilí a poukazuje na těžkou pozici týraného seniora. Podstatná část práce je zaměřena na zdravotnické pracovníky, na jejich možnosti pomoci týraným seniorům.

Bakalářská práce ve své výzkumné části se snaží kvantitativním výzkumem zjistit míru informovanosti zdravotnických pracovníků o známkách týrání u seniorů a možnosti řešení tohoto problému. Zkoumaný vzorek tvořili zdravotničtí pracovníci oboru zdravotní sestra – 56 osob, ošetrovatel/ka – 6 osob, sanitář/ka - 16 osob. Výzkum proběhl ve dvou zdravotnických zařízeních v České republice. Z výsledků šetření vyplynulo, kolik pracovníků se v průběhu praxe setkalo s týraným seniorem. Zda zdravotníci poznají týraného seniora a vědí jak v tomto případě dále postupovat. Průzkum také odhalil míru informovanosti zdravotnických pracovníků o EAN a její závislost na vlastnostech a vědomostech respondentů.

Title: Violence towards the Elderly Regarded by Medical Workers

Key words: elderly people, violence, abuse, Elder Abuse and Neglect (EAN), cruelty, neglect, medical workers, support,

This Bachelor thesis whose title is „Violence towards the Elderly Regarded by Medical Workers“ is aimed in its theoretical part at the issues of elder cruelty and abuse. This part describes individual forms of violence, highlighting the difficult situation of an abused old person. Substantial part of the thesis is focused on medical workers and their opportunities how they can help the abused elderly.

In its research part, the Bachelor thesis seeks to determine the level of medical workers awareness of elderly abuse indications using a quantitative research, offering some possible solutions of this problem. Tested sample included medical workers, such as certified nurse – 56 persons, attendant – 6 persons, and medical orderly – 16 persons. The research has been performed in two medical facilities in the Czech Republic. The survey results showed how many medical workers during their practice met with abused senior. Whether paramedics can identify an abused elderly person and know how to act in such case. The survey has also revealed the employees' level of awareness of EAN and its dependence on the characteristics and knowledge of the respondents

LITERATURA A PRAMENY

BARTLOVÁ, S. – SADÍLEK, P. et. al. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1.vydání. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vydání. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.

JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezm. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.

KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2007. 60 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

PAVLATOVÁ, I. *Týrání a zneužívání seniorů, Přehledová studie-Bakalářská práce* Brno, 2008. s.

Postavení a diskriminace seniorů v České republice. Vyd .1. Praha, MPSV, 2006. 140 s. ISBN 80-86878-52-X.

ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2004. 197 s. ISBN 80-247-0586-9.

TOPINKOVÁ, E ,NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1.vyd. Praha : Grada, 1995. 299 s.,

TOŠNEROVÁ, T. *Ageizmus Průvodce stereotypy a mýty o stáří. Příručka*. 1.vyd. Praha LF UK Praha a FNKV Praha 10, 2002.

TOŠNEROVÁ, T. *Přibývajících léta a naše současná společnost. Příručka*. 1.vyd. Praha FNKV Praha 10, 2009.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha : Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VAVREČKOVÁ, M. *Týrání a zanedbávání seniorů Diplomová práce* Brno 2008

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory : příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie : pro lékaře a sestru v ambulanci*. Vydání první. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha : Univerzita Karlova, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

ŽIVOT 90, *Stop násilí na seniorech Příručka* Praha Občanské sdružení Život 90, 2006

Internetový zdroj informací:

Antidiskriminace, *Víte co je ageizmus?*

Dostupné na <<http://antidiskriminace.romea.cz/view.php?cislocclanku=2007090011>>
[3.4.2010]

Antidiskriminace, *Údaje o zneužívání seniorů*

Dostupné na <<http://www.antidiskriminace.romea.cz/view.php?cislocclanku=2007060033>>
[10.4.2010]

Bílý kruh bezpečí, *Karta pro sestry v klinické ošetrovatelské praxi*

Dostupné na <<http://www.bkb.cz/bkb/files/uploaded/UserFiles/File/sestryKarta.pdf>>
[20.2.2010]

Bílý kruh bezpečí, *Statistika klientů v poradnách*

Dostupné na
<http://www.bkb.cz/files/uploaded/UserFiles/File/Statistika_ROK_2009_public.x>
[19.1.2010]

Česká gerontologická a geriatrická společnost, *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012*

Dostupné na< http://www.cggs.cz/dokumenty/narodni_program_.pdf>
[20.3.2010]

IKEM, *Charta práv a svobod starších občanů*

Dostupné na <www.ikem.cz/www?docid=1002385>
[20.2.2010]

Lidové noviny, *Týrání a zneužívání dětí přibývá*

Dostupné na

<http://www.lidovky.cz/tyrani-a-zneuzivani-deti-pribyva-dqf-/ln_noviny.asp?c=A090522_000012_ln_noviny_sko&klic=231643&mes=090522_0>

[10.4.2010]

MPSV, *Národní program přípravy na stárnutí*

Dostupné na< <http://www.mpsv.cz/cs/5045>>

[20.3.2010]

MPSV, *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví*

Dostupné

<https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/Informacni_zdroje_a_dokumenty/metodicke_pokyny_a_prirucky/Metodicky_pokyn_MZ_CR_domaci_nasili.doc>

[4.3.2010]

MVČR, *Zásady OSN*

Dostupné na <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/aktualit/sdeleni/1999/seniori.html>>

[4.3.2010]

Život 90, *Krizová pomoc a poradenství*

Dostupné na< <http://www.zivot90.cz/uploads/document/108.pdf>>

[12.1.2010]

Wikipedie, Otevřená encyklopedie.

Dostupné na <http://cs.wikipedia.org/wiki/Otto_von_Bismarck>

[10.2.2010]

Zahraniční internetový zdroj informací:

IFA, *Možnosti pomoci EAN*

Dostupné na < <http://www.ifa-fiv.org/>>
[12.12.2009]

INPEA, *Informace o problému EAN*

Dostupné na <<http://www.inpea.net/>?>
[10.12.2009]

NCPEA, *Prevence EAN*

Dostupné na <<http://www.preventelderabuse.org/>>
[10.1.2010]

SEZNAMY

Seznam zkratek

BKB - Bílý kruh bezpečí

č. - číslo

ČR - Česká republika

DONA (linka) – Domácí násilí (linka)

EAN - Elder abuse and neglect

ELPIDA (linka) – Nadační fond-linka seniorů

EU - Evropská unie

INPEA - International Network for the Prevention of Elder Abuse

LF UK - Lékařská fakulta Universita Karlova

např. - například

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

MVČR - Ministerstvo vnitra České republiky

OSN - Organizace spojených národů

RIAPS (linka) - Regionální Institut Ambulantních Psychosociálních Služeb (linka)

s. - strana

tj. - to je

USA Spojené státy americké

WHO - Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1	Pohlaví respondentů.....	114
Tabulka č. 2	Věk respondentů	114
Tabulka č. 3	Pracoviště respondentů	114
Tabulka č. 4	Pracovní zařazení.....	114
Tabulka č. 5	Délka praxe ve zdravotnictví (bez mateřské dovolené).....	114
Tabulka č. 6	Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem?	51
Tabulka č. 7	Dá se říci ,že staří lidé jsou častěji týráni, než děti?	51
Tabulka č. 8	Týraný senior je nejčastěji obětí:	52
Tabulka č. 9	Vyberte tři nejčastější formy týrání seniorů	53
Tabulka č.10	Dle vaší zkušeností, má vzdělání pečující osoby vliv na kvalitu péče o seniora?	54
Tabulka č. 11	Myslíte si, že finanční zázemí pečující osoby ovlivňuje kvalitu péče o seniora?	54
Tabulka č. 12	Myslíte si, že věřící lidé pečují o seniora pečlivěji?	54
Tabulka č. 13	Myslíte si, že na vesnici je méně týraných seniorů než ve městě?	55
Tabulka č. 14	Jsou ve vaší nemocnici vypracovány standardy týkající se týrání senioru (domácího násilí) ?.....	55
Tabulka č. 15	Máte dostatek vědomostí a zkušeností k tomu, abyste mohl/a označit danou osobu za týraného seniora?	55
Tabulka č. 16	Podle čeho poznáte,že se jedná o týraného seniora?	56
Tabulka č. 17	Byl personál Vašeho zařízení školen v posledních třech letech o problematice domácího násilí?	57
Tabulka č. 18	Jestliže má zdravotnický personál podezření na týrání, je forenzní fotografie součástí dokumentace?	57
Tabulka č. 19	Myslíte si, že k tomu, abyste mohl(a) oznámit podezření na týrání, potřebujete souhlas seniora?	58
Tabulka č. 20	Koho budete informovat o týraném senioru?	58
Tabulka č. 21	Jak se nejčastěji řeší problém zneužívaného seniora dle vaší zkušenosti? ..	59
Tabulka č. 22	Jakou reakci budete očekávat, když nahlásíte zneužití?	60
Tabulka č. 23	Má vaše nemocnice vyčleněného člověka, který se věnuje obětem násilí? ..	61
Tabulka č. 24	Má vaše nemocnice vypracovaný program pomoci obětem násilí?	61
Tabulka č. 25	Existuje spolupráce mezi ostatními nemocnicemi v oblasti týraných a zneužívaných osob?	61
Tabulka č. 26	Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle pohlaví respondentů.	62
Tabulka č. 27	Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle věku respondentů.	62
Tabulka č. 28	Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle pracoviště respondentů.....	63
Tabulka č. 29	Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle pracovního zařazení respondentů.....	65
Tabulka č. 30	Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle délky praxe respondentů.	65
Tabulka č. 31	Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle nejčastějšího agresora.	66
Tabulka č. 32	Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle formy týrání.	67

Tabulka č. 33 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení, podle toho, zda má vzdělání pečujícího vliv na kvalitu péče o seniora.....	69
Tabulka č. 34 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda má finanční zázemí pečující osoby vliv na péči o seniora.	70
Tabulka č. 35 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda je na vesnici méně týraných seniorů než ve městě.....	70
Tabulka č. 36 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda jsou v nemocnici vypracovány standardy týkající se týrání seniorů (domácího násilí).....	71
Tabulka č. 37 Máte dostatek vědomostí a zkušeností k tomu, abyste mohl/a označit danou osobu za týraného seniora Rozlišení, podle délky praxe respondentů.....	72
Tabulka č. 38 Máte dostatek vědomostí a zkušeností k tomu, abyste mohl/a označit danou osobu za týraného seniora Rozlišení, podle toho, zda se daný pracovník setkal s týraným seniorem.	73
Tabulka č. 39 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle příznaku, že se jedná o týraného seniora.	74
Tabulka č. 40 Byl personál Vašeho zařízení školen o problematice domácího násilí? Rozlišení, podle toho, zda se daný pracovník setkal s týraným seniorem.	76
Tabulka č. 41 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda je potřeba souhlas týraného při nahlášení koho informovat o týraném senioru.	77
Tabulka č. 42 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, koho informovat o týraném senioru.	78
Tabulka č. 43 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho jak se dle zkušeností respondentů řeší problém zneužívaného seniora.	78
Tabulka č. 44 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, co vyvolá nahlášení o zneužívání.	80
Tabulka č. 45 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda má nemocnice vyčleněného člověka, který se věnuje obětem násilí.	81
Tabulka č. 46 Má Vaše nemocnice vyčleněného člověka, který se věnuje obětem násilí? Rozlišení podle délky praxe respondentů.	81
Tabulka č. 47 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda má nemocnice vypracovaný program pomoci obětem násilí.	83
Tabulka č. 48 Má Vaše nemocnice vypracovaný program pomoci obětem násilí? Rozlišení podle délky praxe respondentů.	83
 Graf č. 1 Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem?	51
Graf č. 2 Týraný senior je nejčastěji obětí:	52
Graf č. 3 Vyberte tři nejčastější formy týrání seniorů.....	53
Graf č. 4 Podle čeho poznáte, že se jedná o týraného seniora?.....	56
Graf č. 5 Jak se nejčastěji řeší problém zneužívaného seniora dle vaší zkušenosti?	59
Graf č. 6 Jakou reakci budete očekávat, když nahlásíte zneužití?	60
Graf č. 7 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle věku respondentů.	63
Graf č. 8 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle pracoviště respondentů.	64
Graf č. 9 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle délky praxe respondentů.	66

Graf č. 10 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle formy týrání.	68
Graf č. 11 Máte dostatek vědomostí a zkušeností k tomu, abyste mohl/a označit danou osobu za týraného seniora Rozlišení, podle délky praxe respondentů.....	72
Graf č. 12 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení dle příznaku, že se jedná o týraného seniora.	75
Graf č. 13 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho, zda je potřeba souhlas týraného při nahlášení koho informovat o týraném senioru.....	77
Graf č. 14 Setkal jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem? Rozlišení podle toho jak se dle zkušeností respondentů řeší problém zneužívaného seniora.	79
Graf č. 15 Má Vaše nemocnice vyčleněného člověka, který se věnuje obětem násilí? Rozlišení podle délky praxe respondentů.	82
Graf č. 16 Má Vaše nemocnice vypracovaný program pomoci obětem násilí? Rozlišení podle délky praxe respondentů.	84

Seznam příloh

Příloha č. 1: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Ostrava.....	107
Příloha č. 2: Žádost o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod	108
Příloha č. 3: Dotazníkové šetření.....	109
Příloha č. 4: Tabulky č. 1 – 5; zkoumaný vzorek respondentů	114
Příloha č. 5: Dokumentace případů domácího násilí.....	115
Příloha č. 6: „Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím“	119

**Příloha č. 1: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici
Ostrava**

731/376/09-n-30/1-1/10P

Hana Horelová
Hlavní třída 1016/69
708 00 Ostrava - Poruba

731 305 324

Bc. Mária Dobešová
Útvar náměstka ředitele pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice Ostrava

Věc: Žádost o povolení k distribuci dotazníků ve FN Ostrava

Vážená paní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, hlavní sestro, dovoluji si Vás požádat o možnost rozdání dotazníků Násilí na seniorech z pohledu zdravotnických pracovníků. Dotazníky mají zjistit míru informovanosti a znalosti zdravotnických pracovníků. Zároveň Vás žádám o povolení k použití informací v rámci mé bakalářské práce, k prezentaci výsledků u státních zkoušek a k event. publikaci. O výsledcích Vás budu ráda informovat. Vedoucí mé práce je prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. Je zástupcem vedoucího Ústavu sociálního lékařství na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové.

Za kladné vyřízení předem děkuji.

Hana Horelová
CNK 02

Horelová

Dotazníky budou podle povolení.
Dobešová

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA
Bc. Mária Dobešová
náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba

Příloha č. 2: Žádost o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod

Hana Horelová
Hlavní třída 1016/69
708 00 Ostrava-Poruba

Mgr. Jaroslava Knížková
Hlavní sestra
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod
Rozkošská 2322, 58023 Havlíčkův Brod

9.3.2010

Věc: Žádost o povolení k distribuci dotazníků v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod

Vážená hlavní sestro, dovoluji si Vás požádat o možnost rozdání dotazníků Násilí na seniorech z pohledu zdravotnických pracovníků na Vašem pracovišti.
Dotazníky mají zjistit míru informovanosti a znalosti zdravotnických pracovníků.
Zároveň Vás žádám o povolení k použití informací v rámci mé bakalářské práce, k prezentaci výsledků u státních zkoušek a eventuální publikaci.
O výsledcích Vás budu ráda informovat.
Vedoucí mé práce je prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. Je zástupcem vedoucího Ústavu sociálního lékařství na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové.

Za kladné vyřízení předem děkuji.

Hana Horelová

Povolují:

Doporučuji: žádost vyhovět. kn 9.3.2010 Mgr. Jaroslava Knížková

Příloha č. 3: Dotazníkové šetření

Milé kolegyně a kolegové.

Jmenuji se Hana Horelová a ve zdravotnictví pracuji třináctým rokem. Nyní studuji třetím rokem obor ošetrovatelství na Lékařské Fakultě v Hradci Králové. Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala téma Násilí na seniorech z pohledu zdravotnických pracovníků.

Tohle téma je velice citlivé a podle mého názoru ve veřejných diskuzích opomíjené. Odhaduje se, že v naší společnosti je až 5% týraných seniorů. Dotazníkem bych chtěla zjistit míru informovanosti a znalostí u Vás, zdravotnických pracovníků.

U všech otázek prosím zakroužkujte jen jednu odpověď.

U otázek č.9 a 16 prosím zakroužkujte tři odpovědi.

1. Pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

2. Věk

- a) do 35 let
- b) 36 – 50 let
- c) 51 a víc

3. Pracoviště

- a) Chirurgická klinika
- b) Interní klinika
- c) Domov pro seniory
- d) Další: prosím dopište.....

4.Pracovní zařazení

- a) Sestra
- b) Ošetřovatel(ka)
- c) Sanitář(ka)

5.Délka praxe ve zdravotnictví (bez mateřské dovolené)

- a) do 10 let
- b) 11 –20
- c) 21 a víc

6.Setkal(a) jste se ve své odborné praxi s týraným seniorem?

- a) Ano
- b) Ne

7.Podle Vašich zkušeností: Dá se říci ,že staří lidé jsou častěji týráni, než děti?

- a) Ano
- b) Těžko říci
- c) Ne

8.Týraný senior je nejčastěji obětí (označte jen jednu možnost)

- a) Manžela / manželky
- b) Blízké rodiny
- c) Zdravotníků
- d) Sociálních pracovníků

9.V literatuře je popsáno několik forem týrání seniorů. Vyberte prosím tři, které jsou podle vás nejčastější.

- a) Tělesné
- b) Psychické a citové
- c) Finanční a materiální
- d) Sexuální
- e) Zanedbání péče
- f) Zanedbání sebe sama

10.Dle vaší zkušeností, má vzdělání pečující osoby vliv na kvalitu péče o seniora?

- a) Ano- myslím si,že vzdělaný člověk se postará lépe o seniora,než člověk se základním vzděláním
- b) Ne- myslím si,že vzdělání nemá vliv a na péči o seniora

11.Myslíte si,že finanční zázemí pečující osoby ovlivňuje kvalitu péče o seniora?

- a) Ano
- b) Ne

12.Myslíte si, že věřící lidé pečují o seniora pečlivěji?

- a) Ano
- b) Ne

13.Myslíte si, že na vesnici je méně týraných seniorů než ve městě?

- a) Ano
- b) Ne

14 Jsou ve vaší nemocnici vypracovány standardy týkající se týrání senioru (domácího násilí).

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15.Máte dostatek vědomostí a zkušeností k tomu, abyste mohl/a označit danou osobu za týraného seniora?

- a) Ano
- b) Ne

16.Podle čeho poznáte,že se jedná o týraného seniora?(označte zakroužkováním nejvýše 3 možnosti)

- a) Mnohočetné podlitiny na těle
- b) Velmi hubený senior-senior který má hlad
- c) Senior oznámí slovně ,že je obětí týrání
- d) Nedostatek finančních prostředků
- e) Velký nepořádek v domácnosti
- f) Špinavý a zanedbaný zevnějšek
- g) Další, prosím dopište.....

17.Byl personál Vašeho zařízení školen v posledních třech letech o problematice domácího násilí?

- a) Ano - školení probíhá v kratších intervalech než tři roky
- b) Ano - školení probíhá v delších intervalech než tři roky
- c) Ano - ale já jsem o školení neměl(a) zájem
- d) Ne

18. Jestliže má zdravotnický personál podezření na týrání, je forenzní fotografie součástí dokumentace?

- a) Ano vždy
- b) Ne
- c) Jen v některých případech

19. Myslíte si, že k tomu, abyste mohl(a) oznámit podezření na týrání, potřebujete souhlas seniora?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

20.Koho budete informovat o týraném senioru?

- a) Nadřízenou: staniční, vrchní sestru
- b) Sociální pracovníci
- c) Policii ČR

21. Jak se nejčastěji řeší problém zneužívaného seniora dle vaší zkušenosti? (uved'te jen jednu možnost)

- a) Zneužívaný senior je umístěn do LD
- b) Zneužívaný senior je přijat k hospitalizaci v nemocničním zařízení
- c) Agresor je vykázán z bytu seniora
- d) Seniora dostane do péče sociální pracovník
- e) Problém se neřeší, vyčkává se

22. Jakou reakci budete očekávat, když nahlásíte zneužití?

- a) Hlášení o týrání seniora agresora rozzuří
- b) Rodina týraného bude předpokládat, že já jsem ta/ ten kdo zneužití nahlásil
- c) Pokud nahlásím případ týraného seniora, můj vztah s pacientem bude zničen

23. Má vaše nemocnice vyčleněného člověka, který se věnuje obětem násilí?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

24. Má vaše nemocnice vypracovaný program pomoci obětem násilí?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

25. Existuje spolupráce mezi ostatními nemocnicemi v oblasti týraných a zneužívaných osob?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Děkuji Vám za spolupráci a prosím: Projděte ještě jednou dotazník a zkontrolujte, zda jste někde nezapomněli něco vyplnit.

Možná, že jsem se Vás zapomněla na něco důležitého zeptat. Pokud chcete, napište to zde:“

Příloha č. 4: Tabulky č. 1 – 5; zkoumaný vzorek respondentů

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

	Muž	Žena	Σ
n_i	5	62	67
%	7,46	95,54	100,00

Tabulka č. 2 Věk respondentů

	do 35-ti let	36 – 50 let	51 a víc	Σ
n_i	36	24	7	67
%	53,73	35,82	10,45	100,00

Tabulka č. 3 Pracoviště respondentů

	A	B	C	Σ
n_i	20	17	30	67
%	29,85	25,37	44,78	100,00

A: Interní klinika

B: Chirurgická klinika

C: Gerontopsychiatrie

Tabulka č. 4 Pracovní zařazení

	Setra	Ošetřovatel(a)	Sanitář(ka)	Σ
n_i	48	3	16	67
%	71,64	4,48	23,88	100,00

Tabulka č. 5 Délka praxe ve zdravotnictví (bez mateřské dovolené)

	do 10-ti let	11 – 20 let	21 a více	Σ
n_i	43	15	9	67
%	64,18	22,39	13,43	100,00

Příloha č. 5: Dokumentace případů domácího násilí

Vyplnuje lékař

DOKUMENTACE PŘÍPADŮ DOMÁCÍHO NÁSILÍ

(PŘÍLOHA LÉKARSKÉ ZPRÁVY)

ZÁZNAM LOKACE ZRANĚNÍ PŘI PRVNÍM
KONTAKTU S NEMOCNÝM

Místo, kde jste zjistili poranění, označte na schématu těla šipkou a spojte s příslušným popisem.
Vedle popisku označte také počet zranění stejného druhu.

ÚDAJE O PACIENTOVÍ:

Jméno:

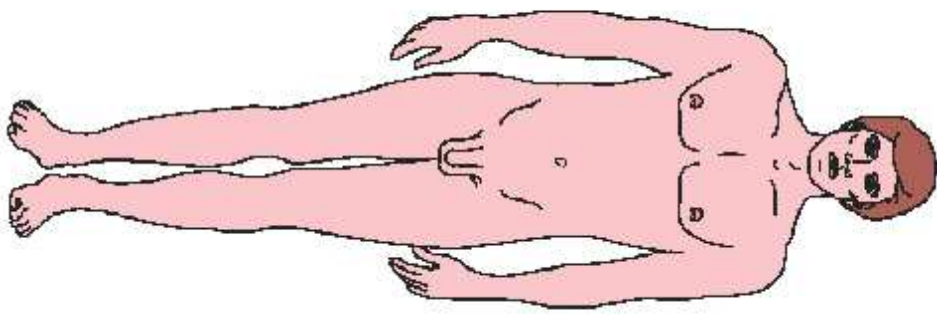
Příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Datum návštěvy:

Čas návštěvy:



☐ lезná

☐ kousnutí

☐ tržná

☐ oděření na

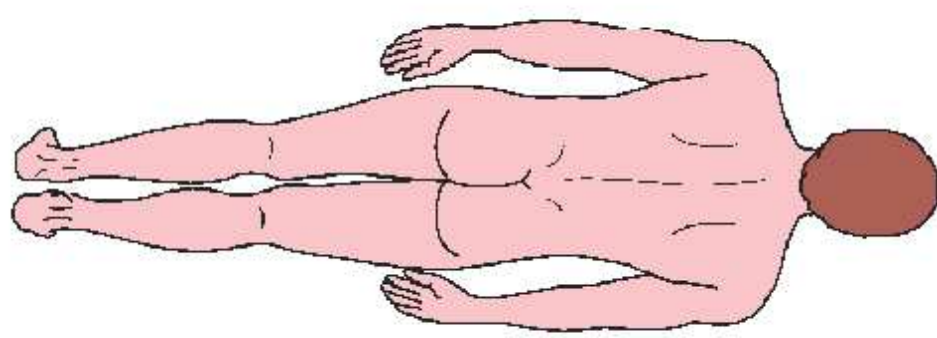
☐ fraktura


☐ bodná

☐ stělná

☐ zhmožděná

☐ hematom





Vypíňuj e l k a ř

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA O DOMÁCÍM NÁSILÍ

2. strana

ÚDAJE O ÚRAZE:

Detm:
Cas:
Jmno náslnka:
Mechanlsmus vznku úrazu:
Hlavní potb:
Nynjší symptomy:
Objektívní vyšetření – podrobný popis:

ÚDAJE O OŠETŘUJÍCÍM LÉKAŘI:

Jméno a příjmení:
☐ Byl kontaktován sociální pracovník nemocnice?
Pokud ano, uveďte jeho jméno
☐ Byl případ předán Polici ČR?
Pokud ano uveďte datum,

FYZICKÁ ZJIŠTĚNÍ

(Křížem označte příslušnou kategorii)

	Hematom	Oedém	Tržná rána	Krvácení	Roztrávena	Bodná rána
Hlava						
Uši						
Nos						
Tvrdé						
Usta						
Kk						
Ramena						
Horní končetina						
Hrud						
Záda						
Břicho						
Genitálie						
Hýždě						
Dolní končetina						

Podpis lékaře:

Vypíňuj e sociální pracovník
nemocnice

FORMULÁŘ PRO SCREENING A DOKUMENTACI DOMÁCÍHO NÁSILÍ

Jméno:
Příjmení:
Rodičné číslo:
Název zdravotnického
zařízení:
Je pacientka těhotná?
☐ ANO ☐ NE

ODHADNUTÍ BEZPEČÍ PACIENTATKY (Odpovědi označte křížem!)

☐ ANO ☐ NE Je zde nyní násilník přítomen jako doprovod?
☐ ANO ☐ NE Má pacientka strach ze svého partnera?
☐ ANO ☐ NE Bojí se pacientka jít domů?
☐ ANO ☐ NE Stalo se fyzické násilí v poslední době dřívejším?
☐ ANO ☐ NE Vystavuje partner dětí fyzickému násilí?
☐ ANO ☐ NE Byli děti svědky násilí v rodině?
☐ ANO ☐ NE Je pacientovičce vyhrožováno zabitím? Kým:
☐ ANO ☐ NE Vyhrožuje pacientka sebevraždou?
☐ ANO ☐ NE Je v domácnosti pacientky zbraň?
☐ ANO ☐ NE Je agresor abusérem alkoholu či jiné drogy?
☐ ANO ☐ NE Byl s pacientkou probrán bezpečnostní plán?

ODKAZY

☐ Poskytnutí telefonních čísel
kritických linek
☐ Kontakt na právní služby
☐ Poskytnutí telefonních čísel
azylových domů
☐ Odkazy na jiné orgány zaoce
☐ Jiné odkazy

NAHLÁŠENÍ

☐ Případ oznámen Polici ČR
☐ Nahlášení orgánu sociálně-právní
ochrany dětí

FOTOGRAFIE

☐ ANO ☐ NE Byly pořízeny fotografie?

Jméno sociálního pracovníka:

Podpis:

Mpřijímá lékař

DOKUMENTACE PŘÍPADŮ DOMÁCÍHO NÁSILÍ

(PŘÍLOHA LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY)

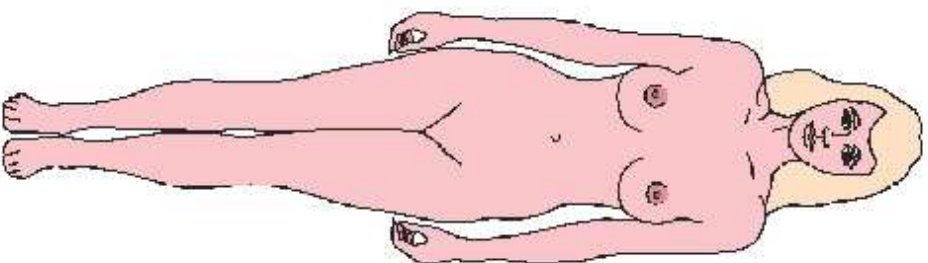
ZÁZNAM LOKACE ZRAZENÍ PŘI PRVNÍM KONTAKTU S NEMOCNÝM

Místo, kde jste zjistili poranění, oznaďte na schématu těla šipkou a s polje s příslušným popiskem.

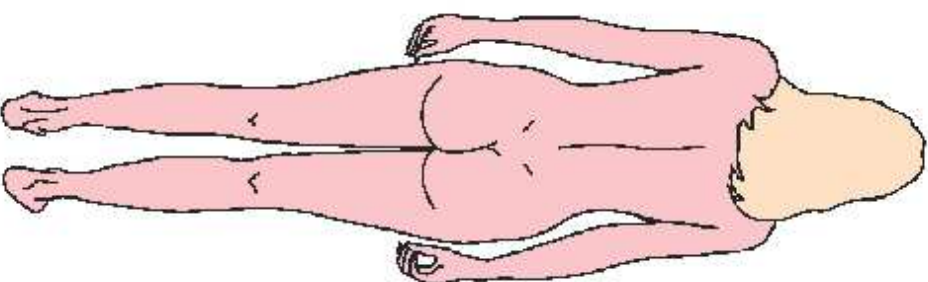
Vedle popisku označte také počet zranění stejného druhu.

ÚDAJE O PACIENTOVÍ:

Jméno:
Příjmení:
Rodné číslo:
Bydliště:
Datum návštěvy:
Čas návštěvy:



- ☐ lезná
☐ kousnutí
☐ tržná
☐ oděření
☐ fraktura
☐ bodná
☐ střelná
☐ zhmožděná
☐ hematom



Vypílný lékař

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA O DOMÁČÍM NÁSILÍ

2. strana

ÚDAJE O ÚRAZE:

Datum:
Čas:
Jméno násilníka:
Mechanismus vzniku úrazu:
Hlavní potíže:
Nynější symptomy:
Objektivní vyšetření – podrobný popis:

ÚDAJE O OŠETŘUJÍCÍM LÉKAŘI:

Jméno a příjmení:
☐ Byl kontaktován sociální pracovník nemocnice?
Pokud ano, uveďte jeho jméno
☐ Byl případ předán Policii ČR?
Pokud ano uveďte datum.

FYZICKÁ ZJIŠTĚNÍ

(Křížkem označte příslušnou kategorii)

	Hematom	Oedém	Tržná rána	Krvácení	Rezná rána	Bodná rána
Hlava						
Uši						
Nejs						
Tváře						
Ústa						
Krk						
Ramena						
Horní končetina						
Prst						
Záda						
Břicho						
Genitálie						
Hýždě						
Dolní končetina						

Podpis lékaře:

Vypílný sociální pracovník
nemocnice

FORMULÁŘ PRO SCREENING A DOKUMENTACI DOMÁČÍHO NÁSILÍ

Jméno a příjmení:
Příjmení:
Rodné číslo:
Název zdravotnického zařízení:
Je pacientka těhotná?
☐ ANO ☐ NE

ODHADNUTÍ BEZPEČÍ PACIENTA/TKY (Odpovědi označte křížkem.)

☐ ANO ☐ NE Je zde nyní násilník přítomen jako doprovod?
☐ ANO ☐ NE Má pacientka strach ze svého partnera?
☐ ANO ☐ NE Bojí se pacientka jít domů?
☐ ANO ☐ NE Stalo se fyzické násilí v poslední době brutálnější?
☐ ANO ☐ NE Vystavuje partner děti fyzickému násilí?
☐ ANO ☐ NE Byli děti svědky násilí v rodině?
☐ ANO ☐ NE Je pacientovi/ce vyhrožováno zabitím? Kým:
☐ ANO ☐ NE Vyhrožuje pacientka sebevraždou?
☐ ANO ☐ NE Je v domácnosti pacientky zbraň?
☐ ANO ☐ NE Je agresor abusérem alkoholu či jiné drogy?
☐ ANO ☐ NE Byl s pacientem/ky probrán bezpečnostní plán?

ODKAZY

☐ Poskytnutí telefonních čísel
krizových linek
☐ Kontakt na právní služby
☐ Poskytnutí telefonních čísel
azylových domů
☐ Odkazy na jiné organizace
☐ Jiné odkazy

NAHLÁŠENÍ

☐ Případ oznámen Policii ČR
☐ Nahlášení orgánu sociálně-právní
ochrany dětí

FOTOGRAFIE

☐ ANO ☐ NE Byly pořízeny fotografie?

Jméno sociálního pracovníka:

Podpis:

Příloha č. 6: „Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím“

Ve snaze sjednotit postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím, vydává Ministerstvo zdravotnictví tento doporučující metodický pokyn, podle kterého lze postupovat i v případě pouhého podezření na ohroženou osobu a který lze využít i při postupu jiných zdravotnických pracovníků:

Článek 1. Domácí násilí

1.1. Za domácí násilí lze považovat fyzické, psychické nebo sexuální násilí mezi intimními partnery, tj. manžely, druhy apod.

1.1.1. ke kterému dochází ve společně obývaném bytě nebo domě, tedy v soukromí, mimo kontrolu veřejnosti

1.1.2. ke kterému dochází opakovaně, intenzita násilných incidentů se zpravidla stupňuje

1.2. Širší pojem „domácího násilí“ zahrnuje také násilí páchané na dětech a násilí páchané na seniorech žijících ve společně obývaném bytě nebo domě.

1.3. Domácí násilí je vždy akt jednostranný, násilná osoba a ohrožená osoba si nikdy nemění role.

Článek 2. Známky podezření na osobu ohroženou domácím násilím

2.1. Mezi známky podezření na ohroženou osobu patří zejména:

- Vícečetná poranění, zvláště hlavy, obličeje a krku.
- Jakékoli poranění ženy během těhotenství, zvláště zranění břicha a prsou.
- Četná obranná poranění.
- Delší časový úsek mezi vznikem poranění a vyhledáním zdravotní péče.
- Neuspokojivá vysvětlení vzniku poranění.
- Opakovaná poranění v anamnéze.
- Neurčité psycho-somatické stesky.
- Psychické problémy jako deprese, sebevražedné představy, úzkost, poruchy spánku.

2.1.9. Závislost na pomoci.

Článek 3. Postup lékaře při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím

3.1. Anamnéza

3.1.1. S ohroženou osobou není vhodné hovořit v přítomnosti jiných osob, zejména partnerů či příbuzných ohrožené osoby.

3.1.2. Ohrožená osoba většinou z vlastní iniciativy nesdělí informace o svém problému, ale pouze na základě cílených dotazů.

3.1.3. Dotazy jsou zaměřené zejména na zjištění okolností vzniku poranění nebo obtíží včetně přesných časových údajů, zjištění nebo vyloučení zavinění poranění nebo obtíží druhou osobou, zjištění nebo vyloučení opakování poranění nebo obtíží v minulosti, zjištění nebo vyloučení znásilnění.

3.2. Vyšetření

Ve spolupráci s ostatními odborníky je provedeno mimo jiné:

3.2.1. Vyšetření poranění nebo obtíží včetně poranění staršího data.

- 3.2.2. Vyloučení nebo potvrzení požití omamných látek.
- 3.2.3. Vyloučení nebo potvrzení znásilnění.

3.3. Léčba a další opatření

3.3.1. Na základě stanovené diagnózy je poskytnuta odpovídající léčba poranění nebo obtíží, a to v interdisciplinární spolupráci s dalšími odborníky.

3.3.2. Osobě ohrožené jsou předány kontakty na příslušné organizace dle přílohy.

Osobě ohrožené je vždy doporučeno kontrolní vyšetření zdravotního stavu.

Článek 4. Záznam do zdravotnické dokumentace o poskytnutí zdravotní péče osobě ohrožené domácím násilím

4.1. Záznam do zdravotnické dokumentace o poskytnutí zdravotní péče osobě ohrožené je dostatečně podrobný a obsahuje mimo jiné:

Všechny okolnosti vzniku poranění nebo obtíží uváděné osobou ohroženou včetně časových údajů a případného uvedení totožnosti násilné osoby.

Podrobný záznam o celkovém vyšetření osoby ohrožené včetně lokalizace a popisu případného poranění s využitím „dokumentace případů domácího násilí“ uvedené v příloze a doplněním případnou fotodokumentací.

Záznam o všech provedených úkonech včetně příslušných opatření.

Článek 5. Poskytování zdravotní péče osobě ohrožené domácím násilím a oznamovací povinnost

5.1. Novelou zákon č. 52/2004 Sb. zákona č. 140/1961 Sb., trestního zákona, byla zakotvena nová skutková podstata trestného činu uvedená v ust. § 215a . Jedná se o skutkovou podstatu trestného činu „Týrání osoby žijící ve společně obývaném bytě nebo domě“. Daná skutková podstata nepodléhá (ve smyslu § 167 nebo § 168 trestního zákona) oznamovací povinnosti.

5.2. Při zjištění týrání nebo zneužívání dětí v rodině osoby ohrožené je případ oznámen příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dětí, nebo je sdělen na základě výzvy orgánů sociálně právní ochrany dětí, a to v souladu s § 10 nebo § 53 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Dále je případ oznámen státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu v souladu s § 167 nebo § 168 v návaznosti na § 215 trestního zákona, kdy oznamovací povinnost se vztahuje na týrání svěčžené osoby.

[www.mpsv.cz]